

COORDINACIÓN DEL ESTUDIO

Julio Sánchez Fierro
Fernando Vicente Fuentes

AUTORES

Maravillas Izquierdo Martínez
Alfredo Avellaneda Fernández
Agustín Rivero Cuadrado

COLABORADORES TÉCNICOS

Luís Seoane Pascual
Vincent Auvigne

CÁTEDRA DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA
UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Promotor del Estudio



Fundación AstraZeneca

INDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	7
DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL	9
1. Revisión sistemática de la literatura	12
2. Necesidad de médicos desde la perspectiva de formación.....	14
2.1. Formación de pregrado en Medicina	14
2.1.1. Visión histórica	14
2.1.2. Situación actual	16
2.1.3. Situación futura:	
Espacio Europeo de Educación Superior	17
2.2. Formación post-grado.....	19
2.2.1. Visión histórica	20
2.2.2. Situación actual	22
2.2.3. Situación futura: troncalidad	27
3. Enfoque del problema en otros países	29
3.1. Formación de postgrado	30
3.2. Recursos humanos	34
4. Flujo migratorio de especialistas.....	38
4.1. Flujos centrípetos.....	40
4.1.1 Flujos centrífugos	44
5. Valoración y posicionamiento de los principales actores	45
5.1. Autoridades Sanitarias.....	46
5.2. Autoridades Educativas.....	47
5.3. Colegios Profesionales	48
5.4. Sociedades Científicas	50
5.4.1. FACME	50
5.4.2. Sociedades de AP	50
5.4.3. Medicina de Familia.....	51
5.4.4. Pediatría.....	52
5.5. Sindicatos y otros colectivos sociales	54
5.6. Comité Institucional de Recursos Humanos:	
Pacto por la Sanidad.....	55
ORIGEN DE LAS CARENCIAS DETECTADAS	61
1. Razones sociológicas.....	62

1.1. Adecuarse a los tiempos.....	62
1.2. Crecimiento demográfico.....	65
1.3. Rol y consideración social del médico.....	69
2. Razones profesionales	71
2.1. Escasa valoración del profesional por la Administración	71
2.2. Descontento de los profesionales	72
EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD	77
1. Bolsa creciente de médicos jubilados.....	82
2. Feminización de la profesión	85
3. Otros cambios cualitativos de la profesión	92
4. Recursos humanos	93
4.1. Perspectiva de futuro	97
INICIATIVAS Y PROPUESTAS	101
1. Soluciones de emergencia adoptadas	101
2. Perfeccionamiento del modelo sanitario existente	103
3. Modelo sociosanitario	104
CONCLUSIONES.....	107
MAPA DE SOLUCIONES.....	113
BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Causas del malestar de los pediatras	53
Figura 2	Pirámide de población española	65
Figura 3	Evolución del crecimiento demográfico	66
Figura 4	Crecimiento natural de la población	66
Figura 5	Pirámide de población nacional y extranjera	67
Figura 6	Población extranjera	68
Figura 7	Variación interanual de extranjeros	69
Figura 8	Personal sanitario por países, periodo, categoría y por 100.000 habitantes.....	78
Figura 9	Médicos por CCAA	83
Figura 10	Envejecimiento de la profesión	83

Figura 11	Médicos 65-69 años por CCAA	84
Figura 12	Médicos >70 años por CCAA	84
Figura 13	Médicos por año y sexo	86
Figura 14	Médicos por año, sexo y CCAA	86
Figura 15	Médicos <35 años por CCAA	94
Figura 16	Médicos 35-44 años por CCAA3	95
Figura 17	Médicos 45-49 años por CCAA	95
Figura 18	Médicos 50-54 años por CCAA	96
Figura 19	Médicos 55-64 años por CCAA.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Estudiantes, licenciados en medicina, plazas MIR y % de especialización.....	17
Tabla 2	Especialidades en Europa	22-23
Tabla 3	Especialidades en Ciencias de la Salud reconocidas en España, a las que se puede optar con titulación médica	24-25
Tabla 4	Especialidades en Europa que no existen en España	25
Tabla 5	Tronco médico	28
Tabla 6	Tronco quirúrgico	28
Tabla 7	Tronco médico y de laboratorio clínico	28
Tabla 8	Especialidades que no “aceptan” la troncalidad	29
Tabla 9	Facultativos extranjeros por especialidades (Valencia)	41
Tabla 10	MESTOS por Comunidades	43
Tabla 11	Camas de hospitales por 100.000 habitantes, por países y periodo	78-79
Tabla 12	Camas de hospitales psiquiátricos por 100.000 habitantes, por países y periodo.....	79-80
Tabla 13	Profesionales involucrados	80
Tabla 14	Gasto para AP	82
Tabla 15	% médicos mujeres por países (1980-2003)	85-86
Tabla 16	Médicos por edades y por Comunidades Autónomas (2004)	87
Tabla 17	% de mujeres colegiadas en 2004	87
Tabla 18	Feminización de la profesión médica	87-88
Tabla 19	Alumnas matriculadas en 2003	88-89
Tabla 20	Médicos parados por regiones	97
Tabla 21	Demografía médica perspectiva de futuro	98

PRESENTACIÓN

La Fundación AstraZeneca, desde su constitución, ha hecho de pacientes y profesionales sanitarios su referente fundamental.

Con la publicación que ahora presentamos sobre “las necesidades de médicos en España” La Fundación ha querido profundizar en una cuestión que es clave para la Sanidad Española.

En nuestra opinión, es sumamente importante situar bien este problema y el debate consiguiente porque, si no, será muy difícil acertar a la hora de adoptar las soluciones adecuadas.

¿Hay pocos o muchos médicos? ¿Son suficientes? ¿Están bien distribuidos? ¿Sus necesidades profesionales están debidamente atendidas?

Es evidente que han transcurrido muchos años desde que se aprobó la Ley General de Sanidad. También es patente que queda bastante por hacer en cuanto al desarrollo de la ley de ordenación de profesiones sanitarias y en la aplicación efectiva del estatuto marco.

La fuerte descentralización de la organización sanitaria, la transformación sustancial de nuestra estructura demográfica (envejecimiento, inmigración), el diferente modelo asistencial, la oferta formativa, las condiciones de traslado, el desarrollo tecnológico, la investigación y un largo etcétera obligan a revisar con seriedad y con detalle la situación actual y a escudriñar cuál debería ser el camino a seguir para lograr eficiencia, calidad asistencial y satisfacción de los pacientes y de los propios médicos, cuyo reconocimiento social y profesional es tarea en la que es preciso avanzar de modo considerable.

No es un trabajo fácil, sobre todo por las carencias que la información disponible plantea a estudiosos, investigadores y a los mismos decisores en las administraciones públicas.

Parece llegado el momento de “repensar” nuestro modelo sanitario y de despejar interrogantes con serenidad, pero con diligencia y visión de futuro.

Pues bien, en este contexto, la Fundación AstraZeneca ha encomendado este informe sobre “Las necesidades de médicos en España” a la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid.

Tal y como señalan sus autores, el informe pretende ser una aportación al proceso de discusión abierto con ocasión del deseable pacto por la sanidad.

Sus conclusiones afectan al modelo sanitario hoy existente y a su conveniente perfeccionamiento, pero también ofrece un mapa de propuestas, medidas y posibles soluciones.

En nombre de la Fundación quiero agradecer la dedicación y el trabajo de quienes han hecho posible este informe; a los coordinadores y a los responsables de las distintas líneas de estudio e investigación.

Se trata de una herramienta que aspira a ser útil a los poderes públicos, a las organizaciones profesionales y a cuantos tengan capacidad de decisión en el ámbito de los recursos humanos.

Federico Plaza
Director General

INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Los cambios socio-demográficos que ha experimentado la sociedad occidental en las últimas décadas, los avances de la investigación biomédica y el desarrollo tecnológico de la misma han dado lugar a un nuevo modelo de asistencia sanitaria, en la cual cada vez se requiere la participación de un mayor número de profesionales con un alto grado de especialización; sin duda ha originado un cambio en los patrones de formación y actuación de los profesionales de la salud y en particular de los médicos. En los últimos años, este fenómeno se incrementa, en nuestro país, tanto por el envejecimiento como por el progresivo aumento de la población debido al flujo migratorio.

Los pacientes, los políticos y las asociaciones de profesionales llevan tiempo reivindicando el aumento del número de médicos en España, como una de las principales medidas para acortar las listas de espera tanto diagnósticas como terapéuticas y atender adecuadamente las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

La apertura de nuevos servicios y hospitales, públicos y privados, junto a la libre circulación de profesionales en el mercado europeo de trabajo, al que progresivamente se integran los profesionales españoles, contribuyen a aumentar las necesidades de médicos en España.

Esta necesidad sentida ha ido progresivamente impregnando a toda la sociedad y ha dado pie a numerosos artículos en prensa, blogs, revistas científicas, trabajos de investigación, etc. que expresan distintas opiniones y puntos de vista, en ocasiones contrapuestas, en función de diferentes vivencias y circunstancias, generando un auténtico debate social.

Ante esta polémica colectiva la respuesta de Administraciones e Instituciones, se orienta en centrar el problema, más que en las necesidades de aumentar el número de médicos, en la redistribución de los mismos, desde el punto de vista geográfico y por especialidades aunque, no obstante, se reconoce la necesidad de aumentar el número total de médicos, de cara al futuro, por lo que se plantea ampliar el número de plazas de Medicina e incluso la apertura urgente de nuevas Facultades de Medicina, públicas y privadas, en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Ante estas opiniones la respuesta desde el mundo universitario, no siempre es

coincidente. La Conferencia de Decanos, entiende que este tipo de medidas pueden poner en peligro la calidad de la enseñanza del pregrado, ya que cuestiona la existencia de suficiente personal con la adecuada capacidad docente para afrontarla. Pese a ello ha prevalecido el criterio de autorizar nuevas Facultades de Medicina, que han iniciado la formación de nuevos médicos en el curso académico 2008-2009.

Así pues, ante un escenario con múltiples agentes, con diferentes realidades que proponen distintas soluciones, a veces contradictorias, para afrontar este problema, se hace necesario propiciar un debate en profundidad en el que participen todos los actores, y que sirva de punto de partida para afrontar una solución global y aceptable para todos los implicados, a la vez que garantice la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

La Fundación AstraZeneca y la Universidad Europea de Madrid, a través de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria, pretenden, con este trabajo, contribuir a crear el citado espacio de reflexión ofreciendo una visión amplia del panorama actual de necesidades de médicos y anticipando posibles medidas que contribuyan a solucionar este problema y a la adecuada planificación sanitaria, especialmente en el área de recursos humanos, para los años venideros.

Nuestro país necesitará, disponer del adecuado dispositivo asistencial para atender las demandas de la sociedad en la oferta de servicios sanitarios. Para ello convendría planificar un número y una estructura óptimos de médicos que aseguren los requerimientos que exige la sociedad española, una sociedad en crecimiento y desarrollo sostenido, en materia sanitaria.

En función de todo ello, el objetivo general del presente estudio, no es otro que remarcar los aspectos básicos en un marco de reflexión de conjunto, que proporcione una visión integral de las necesidades de médicos en España. Para ello se abordarán los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar los determinantes mayores que influyen en la problemática de la necesidad de médicos.
- Analizar el contexto que ha originado la actual escasez de médicos.
- Sugerir diversas medidas y aproximar diferentes soluciones que orienten la adecuada planificación estratégica de médicos.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL

La situación actual en nuestro país es, en opinión del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, el resultado de un desequilibrio grave entre oferta y demanda de recursos humanos generado por políticas insuficientes o por la debilidad de las políticas de gestión en este ámbito.

El excesivo número de médicos en el pasado condujo al desempleo y a la precariedad en el empleo. La tasa de desempleo médico alcanzaba cifras incluso del 20%, mientras que éramos uno de los países en la Unión Europea, con una media superior de farmacéuticos, ostentando la cuarta tasa más baja de profesionales de enfermería por mil habitantes.

La dificultad de llevar a cabo una adecuada planificación de recursos humanos se ha incrementado debido a que las competencias en materia de salud y de recursos humanos se encuentran transferidas a las comunidades autónomas con perfiles diferentes de negociación de retribuciones y de incentivos.

La deficiente planificación de los recursos humanos se vio agravada después de la transferencia de competencias del Instituto Nacional de la Salud a las Comunidades Autónomas, que vienen aplicando criterios poco homogéneos, a pesar de las previsiones legales (Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud)^{1,2}. Hay que lamentar, como se deduce de la búsqueda bibliográfica desarrollada, que el problema se agrava por una cierta “guerra de cifras”, y la proliferación de observatorios de recursos humanos e incluso la dispersión normativa sobre registros de profesionales sanitarios. De otra parte la atención a la salud está cambiando, ya que el envejecimiento de la población, las

posibilidades de nuevos tratamientos reales y las nuevas modalidades en la provisión de servicios introducen mayor complejidad que en el pasado. Estamos, pues, ante un reto que no demanda la mimetización de conductas pasadas, sino el planteamiento de nuevas actitudes, adquisición de nuevas habilidades y capacitaciones, lo que indiscutiblemente, obligará a modificar las políticas de recursos humanos, que deberán ajustarse a los nuevos retos en materia de salud.

El mundo de las profesiones sanitarias, especialmente en el caso de los médicos está caracterizado por el progresivo envejecimiento de este colectivo, el incremento de usuarios del sistema público de salud, el envejecimiento de la población, el desarrollo de la investigación y de nuevas tecnologías y la significativa carencia de profesionales en algunas especialidades.

A veces, se realizan estimaciones de las futuras necesidades de médicos, mediante sistemas de simulación dinámicos, que se basan en el escenario actual, sin detenerse a analizar exhaustivamente causas y determinantes que han llevado a la escasez mayor o menor de médicos. Actuando de esta forma se corre el riesgo de repetir los mismos errores y caer en círculos viciosos nada deseables.

Hay que reconocer que se discute la calidad de las fuentes de información, respecto de su exhaustividad, lo que sesga la información sobre el número de profesionales que ejercen la medicina en nuestro país, tanto en el sistema público como privado. También es patente que desconoce el número exacto de médicos que ejercen cada especialidad, debido a la posibilidad de obtener más de una especialidad y a que hay supuestos en los que pueden ejercer algunos médicos una especialidad que no poseen. A pesar de ello, se acepta que hay una carencia de ciertos especialistas y que se necesitaría aumentar el número de médicos en las siguientes especialidades:

- Pediatría.
- Medicina familiar y Comunitaria.
- Anestesia y Reanimación.
- Obstetricia y Ginecología.
- Cirugía general y del Aparato digestivo.
- Radiología.
- Psiquiatría.

Por otra parte, la demanda creciente de apertura de nuevos centros de salud, servicios y hospitales, públicos y privados, hace prever una progresiva necesidad de facultativos.

Las causas son, probablemente, multifactoriales y se apuntan a continuación las que se consideran más relevantes.

En primer lugar, un hecho cierto es que la población española ha experimentado en los últimos años un importante crecimiento, pasando en apenas un lustro de 39,5 millones de habitantes a 46 millones de habitantes censados, probablemente más si añadiéramos la población no censada. Ello se debe a distintas causas que probablemente no son ajenas al crecimiento económico experimentado por nuestro país hasta 2.008, que se ha convertido en un receptor neto de inmigración. España pues, se ha convertido en un foco de atracción para la población inmigrante, que se ha visto incrementada en número de forma espectacular.

Merece la pena destacar que la estructura familiar de dicha población, fundamentada en unidades familiares en continuo crecimiento, favorece asimismo el crecimiento demográfico y la utilización intensiva de servicios públicos, entre los que figuran los servicios sanitarios.

En segundo lugar, la esperanza de vida ha crecido muy considerablemente, la atención a las personas mayores se extiende por más tiempo y se predice un incremento considerable de las enfermedades crónicas.

En tercer lugar, y de forma paralela, hemos asistido a un importante desarrollo de la oferta sanitaria, pública y privada, derivada del crecimiento sostenido en el tiempo de la economía del país, la descentralización operada desde la aprobación de la Constitución y singularmente desde el comienzo de las transferencias sanitarias, iniciadas en 1982 y culminadas en 2002, y por la aparición de nuevas demandas de la sociedad en materia sanitaria (nuevas tecnologías sanitarias, atención a la dependencia, etc.).

Por último, y unido a los aspectos anteriores, cabe mencionar el hecho de que, según distintas fuentes, alrededor de 8.500 facultativos españoles ejercen en otros países, atraídos por distintas circunstancias de diversa índole, hecho éste que debe hacernos reflexionar sobre las medidas de retención del talento de nuestros profesionales médicos, que también se analizarán en este informe.

La opinión general es afirmar que en España faltan médicos, pero el cruce de informaciones y la disparidad de estudios, hace que no se sepa a ciencia cierta ¿cuántos? ¿dónde? y ¿para qué cometidos?, incógnitas que deben resolverse a la mayor brevedad posible³.

Se barajan, para España, cifras de un déficit de 9.000 médicos, 6.000 de atención primaria y 3.000 de ámbito hospitalario, y las estimaciones prevén agravarse, ya que globalmente cuatro de cada diez médicos españoles tiene más de 50 años.

La situación varía en función de las diferentes Comunidades Autónomas y así, a modo de ejemplo, con la apertura de los nuevos hospitales públicos y la pirámide demográfica de médicos, según cálculos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, harán falta en Madrid 6.600 médicos o más, dentro de 10 años ya que se prevé un aumento de la actividad asistencial, cercano al 20% y una alta tasa de jubilación de facultativos⁴.

Ante este panorama es preciso buscar soluciones a medio y largo plazo que permitan aumentar el número de médicos, y de optimizar la gestión de recursos humanos, ampliando el espectro de profesionales a implicar teniendo en cuenta que el encronizamiento del patrón de enfermedad y el envejecimiento de la población obligan a implantar de una vez la tan “demandada” red de asistencia sociosanitaria, que servirá de sustento a nuestra sociedad dominada por los “seniors” y ancianos, en los próximos veinte años.

El modelo de provisión de servicios de salud, que ha resultado útil durante largo tiempo, se ve “desbordado” para afrontar los retos en materia de salud actuales y más aún los que se vislumbran para los próximos años.

1 • REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

La primera etapa de cualquier proceso dirigido a aumentar el conocimiento, suele ser realizar una búsqueda sistemática de la información existente, que debe buscarse en las diferentes fuentes en que se encuentra; las fuentes de información se refieren al origen de la misma y a todos los recursos que la contienen, sean estos formales, informales, orales, físicos o virtuales; el auténtico valor de las fuentes de información para la investigación es que nos sitúan ante el verdadero estado actual del problema.

El auge de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en las últimas décadas ha obligado a revisar la visión clásica respecto a las formas y procedimientos de obtención de la información. La expansión de Internet, aunque positiva desde un enfoque social, ha generado en el entorno científico un laberinto cuya profusión de datos hace que el acceso a la información útil sea cada vez más costoso, difícil e inseguro⁵. La red se ha convertido indiscutiblemente en la principal fuente de información para pacientes y profesionales⁶⁻⁸, aunque su creciente uso ha puesto de manifiesto la existencia de informaciones que entran en controversia o incluso son contradictorias, por lo que los ciudadanos reclaman de sus gobiernos información en Salud con garantías de calidad⁹.

En el contexto científico se distinguen tres tipos de fuentes de información: primarias, secundarias y terciarias; sin embargo ante el problema que nos ocupa, cuyo objetivo es una adecuada planificación estratégica, y no aumentar el conocimiento, resulta prioritario identificar fuentes de información válidas y fiables.

La validez tiene que ver con la integridad y la solidez de una información y la fiabilidad con la veracidad de una fuente, y la coherencia de la información con el tiempo. Una cosa es identificar fuentes de información válida y fiable, y otra cosa es tener acceso a esas fuentes y obtener respuestas satisfactorias de ellas, ya que no es infrecuente que una vez identificada la fuente adecuada, la respuesta sea inexistente o frustrante, por su cuestionable validez y fiabilidad.

Esta es la situación encontrada, en la mayoría de las ocasiones, en este estudio de necesidades, en el que mayoritariamente la información procede de organismos e instituciones y se complementa con la aparecida en la prensa general y especializada, blogs de Internet o de la denominada información gris, ya que son escasos los informes y publicaciones científicas, sobre el tema que nos ocupa.

Para adoptar un enfoque coherente y fiable hemos tenido en cuenta, prioritariamente, los recursos que proporcionan información convergente, cuantas más fuentes se estudien y cuanta más concordancia haya entre ellas mayor será la probabilidad de que la información identificada refleje la verdadera situación.

Seguidamente, se detallan las categorías generales consideradas como fuentes de información, y revisadas sistemáticamente para este estudio.

- Recursos institucionales: fuentes estatales, autonómicas y locales.

- Informes independientes: publicaciones, monografías y congresos.
- Medios de comunicación: “mass media”, Internet, publicaciones y periódicos profesionales y prensa especializada.
- Informes o comentarios de grupos de interés especial:
 - Colegios y Asociaciones profesionales.
 - Comentarios profesionales: profesionales sanitarios.
 - Asociaciones de pacientes.
 - Colectivos sociales.
 - Informes de expertos en la materia: entre ellos asesores, académicos y analistas.
 - Fuentes extranjeras: bases de datos o informes internacionales.

2• NECESIDAD DE MÉDICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE FORMACIÓN

2.1. FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA

Establecer previsiones de necesidades de médicos para el futuro, obliga a considerar la situación en el plazo de una década, tiempo medio que se tarda en formar un médico en nuestro país. Por tanto para entender la situación actual debemos tener en cuenta cual ha sido la situación de la década previa, no sólo en cuanto a los recursos humanos, sino también en cuanto a la formación de pregrado.

El análisis exhaustivo y crítico que Berguer¹⁰ expuso en el IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, constituye la base para la siguiente argumentación.

2.1.1. Visión histórica

En los años sesenta y hasta mediados de los setenta, se comprueba una tendencia estable de unos 5.000 licenciados/año en Medicina.

Desde 1976 la tendencia cambia y se constata un aumento progresivo de unos 1.000 licenciados/año más. Superándose los 7.000 en 1980.

En 1981 y en 1982 se alcanzan más de 8.000 licenciados/año.

En el año 1983, dada la entrada masiva de estudiantes en las Facultades de

Medicina en el año 1977; se llegó a más de 10.000 licenciados/año, siendo España el país europeo con mayor número de licenciados por habitante.

Se produce una paradoja entre la tendencia creciente de nuevos licenciados y la decreciente de plazas para la formación postgraduada. Éstas últimas que habían ido creciendo progresivamente, durante los años 70, llegando a la 4.000 en 1978, experimentaron una disminución progresiva que alcanzó su máximo nivel en 1986, año en que únicamente se ofertaron 1.246 plazas.

En 1978 el Real Decreto 2015/78 de 15 de Julio¹¹ supuso una nueva regulación y reconocimiento de las Especialidades Médicas, que aumentaron hasta 51 y consagró el sistema MIR como vía de formación. Meses más tarde, la aparición del Real Decreto 3303/78 de 29 de diciembre¹² de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria, como especialidad de la profesión médica supone un cambio cualitativo para los próximos años ya que a partir de 1981, con la aparición de los primeros médicos de familia, se exigirá la especialidad para el ejercicio profesional.

Simultáneamente a estos cambios legislativos, en materia de especialidades médicas, se establece, sorprendentemente, la disminución progresiva del número de plazas de formación vía MIR, hecho que “condenó” irremisiblemente a unos 30.000 licenciados en medicina a conformar una “bolsa” de médicos en paro o en precario, sin acceso a la formación especializada y cuyas posibilidades futuras de conseguir un título de especialista se alejaban día a día. Por tanto, también se alejaba la posibilidad de tener opción para acceder a ocupar un puesto en la Sanidad Pública o incluso en el sector privado, donde las empresas, compañías aseguradoras, servicios de prevención ajenos, etc. comenzaron a exigir también la titulación de especialista para figurar en sus cuadros de facultativos.

Cualquier lector puede comprender fácilmente que el desequilibrio generado, por la descoordinación entre los Ministerios de Sanidad y Educación, originaría una situación que iba a repercutir directamente sobre todo el proceso en los años posteriores.

Fueron necesarios 9 años, que evidentemente agravaron el problema, hasta que, en 1987, la Universidad adoptó el sistema de límites de acceso a la for-

mación, "numerus clausus" en Medicina con el objeto de ajustar el número de licenciados a la capacidad para formar especialistas de acuerdo al sistema MIR. Tuvieron que transcurrir 5 años más, para alcanzar en el año 1992, el equilibrio deseable entre el número de licenciados en las Facultades de Medicina y el número de plazas convocadas para la formación postgraduada.

2.1.2. Situación Actual

En los últimos años las Universidades mantienen una tendencia creciente en el número de alumnos admitidos, procurando ajustarse al incremento de la población y al envejecimiento de las plantillas. Así, el número de estudiantes de nuevo ingreso en toda España, ha pasado de 4.343 en el curso 2005-2006, en 29 Facultades, a 5.032 en el curso 2007-2008.

Ante las reiteradas reivindicaciones de la necesidad del aumento de médicos, la Conferencia General de Política Universitaria, que representa a todas las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Ciencia e Innovación ha acordado incrementar en un 15,68% las plazas de nuevo acceso en las Facultades de Medicina, pasando de 5.032 en el curso 2007-2008 a 5.821 en el curso 2008-2009; del mismo modo han aumentado las Facultades de Medicina, públicas y privadas pasando de 29 a 34 en este año y se prevé la apertura de 3 más para el año 2010. En términos absolutos Andalucía es la Comunidad con mayor oferta de plazas en el primer curso, 1.056 distribuidas en 5 Universidades. Seguida por Cataluña 1.043 en 7 Universidades y Madrid 1.027 distribuidas en 6 centros.

Aunque Murcia, Madrid y Cataluña son las comunidades que han experimentado mayor incremento en el número de plazas desde el curso 2005-2006 (66,67%; 61,73%, y 42,49% respectivamente) y Madrid la que más lo ha hecho en el último año, con un 38,41% pasando de 742 plazas en 4 Universidades a más de 1.000 en 6 Universidades, 2 de ellas (Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Europea de Madrid) que ofertan la titulación por primera vez, para este curso lectivo o el siguiente. Además las comunidades de Cataluña, Murcia, Valencia, Galicia y Andalucía crean nuevas Facultades de Medicina, a pesar de contar con la oposición de la Conferencia de Decanos, los sindicatos y, en ocasiones, de los propios estudiantes.

La media nacional de estudiantes de medicina por 100.000 habitantes es de 19,48¹³, y el número de estudiantes vs plazas de formación postgrado se resumen en la Tabla 1.

Tabla1: Estudiantes, licenciados en medicina, plazas MIR y % de especialización

Curso	Nº estudiantes	Nº licenciados	Plazas MIR	% especialización
1977-1978	22.554	4.563	900	20
1978-1979	19.960	6.484	1.110	18
1979-1980	11.454	7.497	2.0077	28
1980-1981	10.476	7.752	2.175	28
1981-1982	7.687	8.171	2.227	27
1982-1983	6.851	10.540	1.798	17
1983-1984	6.724	10.355	1.486	14
1984-1985	6.287	7.284	1.655	19
1985-1986	6.362	7.856	1.336	27
1986-1987	6.062	7.013	1.903	34
1987-1988	5.842	6.703	2.275	54
1988-1989	5.393	5.623	3.045	68
1989-1990	5.357	5.352	3.641	74
1990-1991	4.129	3.960	4.467	112
1991-1992	4.383	4.206	4.676	111
2005-2006	4.343	4.343	4.676	111
2007-2008	5.032	4.206	4.676	111
2008-2009	5.821		7.866	
2009-2010	6.500			

Adaptado de: González López-Valcárcel B¹⁴

2.1.3. Situación futura: Espacio Europeo de Educación Superior

Con la inminente implantación del nuevo Espacio Europeo de Estudios Superiores (EEES), conocido como Plan Bolonia, asistimos sin duda a un nuevo replanteamiento de la formación en aras a aproximar más la formación de los profesionales a las necesidades de la práctica real, sin que por ello se olvide obtener un adecuado nivel de calidad, necesario para alcanzar la excelencia que, cada vez más, se exige a los profesionales.

El EEES supone la desaparición de las antiguas licenciaturas y diplomaturas, ya que a partir de su entrada en vigor el único título reconocido será el de Grado y el Máster para formaciones especializadas en cualquier disciplina.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre¹⁵, de Ordenación de Enseñanzas Universitarias, estableció las bases para que las Universidades españolas comenzaran a adaptar sus enseñanzas al EEES progresivamente a partir del curso 2008-2009, hasta el curso 2010-2011, en el que todas las titulaciones deberán estar adaptadas a este nuevo Espacio, con el fin de lograr la convergencia de los diferentes sistemas europeos en un mismo marco que facilite la movilidad de los estudiantes y titulados de todos los países miembros de la Unión Europea. Se proponen los créditos europeos, ECTS (European credit transfer system), tal y como se definen en el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender.

Las nuevas titulaciones universitarias de carácter oficial se estructuran en tres ciclos secuenciales, cada uno de los cuales conducirá a la obtención del título correspondiente: Los ciclos segundo y tercero se integran en el llamado periodo de Postgrado.

El primer ciclo, diseñado para garantizar al alumnado la formación suficiente para poder ejercer una ocupación cualificada o continuar la formación en el postgrado conduce a un título de Grado, que sustituirá a las diplomaturas, ingenierías y licenciaturas que se están impartiendo actualmente. Tiene una orientación generalista y 4 años de duración (240 ECTS), salvo para algunas titulaciones en que se prolonga a 6 años (360 ECTS).

El segundo ciclo conduce al título de Máster y está orientado a proporcionar una formación especializada y complementaria. A diferencia de los másteres ofrecidos hasta ahora, tienen precios regulados, carácter oficial y están reconocidos formalmente tanto en España como en el resto de países europeos. La duración estimada es de dos años.

El tercer ciclo tiene como finalidad la formación avanzada del estudiante en

las técnicas de investigación, se culmina con la realización de una tesis doctoral y conduce a la obtención del título de Doctor. El o los másteres que darán acceso a la elaboración de la tesis los determina el mismo programa de doctorado. La duración depende del tiempo necesario para hacer la tesis.

Para garantizar la calidad de los nuevos planes de estudios elaborados por las Universidades, éstos deben ser verificados por el Consejo de Universidades, y remitidos posteriormente a la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que es la encargada de emitir un informe de evaluación favorable o desfavorable. Todos los títulos oficialmente acreditados serán re-evaluados pasado un periodo de seis años.

En lo que respecta a Medicina, inscrita en la rama del conocimiento de Ciencias de la Salud, la formación de Grado, ante la extensión de los contenidos, está configurada por 360 ECTS e implica 6 años, siendo junto con Arquitectura y las Ingenierías las titulaciones de Grado para las que no bastará con 240 ECTS.

Pero, a diferencia de lo que sucede con las Ingenierías, no se puede acceder, directamente del Grado a la fase de realización de tesis, sin el requisito del Master. Este hecho, en nuestra opinión, debería ser contemplado y subsanado pues puede conllevar a generar inequidades, en detrimento de los médicos, con respecto a otros títulos de Doctorado del ámbito de las Ciencias de la Salud. Aunque finalmente y tras no pocas presiones, así parecen haberlo entendido las Administraciones que parece que estén dispuestas a rectificar y aceptar que aquellas titulaciones que impliquen más de 300 créditos, y medicina lo es, lleven implícitas el título de Grado y el de Máster.

2.2. FORMACIÓN POST-GRADO

Sin entrar al análisis de la causa, es evidente que la acreditación de la adquisición del conocimiento en la disciplina médica, para ejercer esta profesión se rige por cánones completamente diferentes al resto de las disciplinas. De hecho la Licenciatura en Medicina no capacita para ejercer la profesión y una vez obtenida ésta, se exige a los licenciados, un periodo de formación en el campo asistencial, de un mínimo de cuatro años, como condición indispensable para ejercer la profesión, en esa especialidad; exigencia que no se impone

en ninguna otra disciplina.

La historia de las titulaciones médicas ha sido uno de los puntos de conflictividad permanente entre los profesionales sanitarios y la Administración Central del Estado; más concretamente los Ministerios de Educación y el de Sanidad y Política Social.

2.2.1. Visión histórica

Hasta 1955 el título de Licenciado en Medicina y Cirugía facultaba para la práctica total de la medicina, tanto de la Medicina General como de las Especialidades, considerándose especialistas aquellos médicos que ejercían en centros sanitarios especializados.

La primera regulación de las especialidades medicas se realizó mediante la Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas¹⁶ que reconoce 33 especialidades, estableciendo como vías de especialización las cátedras de las Facultades de Medicina y los Institutos y Escuelas de Especialización reconocidos. Más tarde una modificación de la norma permitiría la obtención del título de especialista a través de la colegiación médica como especialista durante dos años.

A partir de los años 60 el modelo de formación especializada mediante el sistema de residencia hospitalaria, fue asumido progresivamente por los grandes hospitales de nuestro país. Este modelo, sistema MIR, tuvo sus orígenes alrededor del año 1915 en el Hospital John Hopkins de Baltimore en EE.UU. y se basa en la asunción paulatina de responsabilidades siempre bajo la supervisión de un especialista.

En 1978 el Real Decreto 2015/78 de 15 de Julio¹¹ supuso una nueva regulación y reconocimiento de las Especialidades Médicas, que aumentaron hasta 51, creó una nueva especialidad, la Medicina Familiar y Comunitaria y consagró el sistema MIR como vía de formación.

A través de Comisiones Nacionales se realizó una acreditación de servicios y se establecieron los programas de formación en cada especialidad tanto en contenidos como en duración, pero paralelamente se mantuvo el sistema formativo de Escuelas profesionales y de los Departamentos de las Facultades de Medicina.

La regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria, mediante el Real Decreto 3303/78¹⁷, marca el inicio de los conflictos que se sucederán hasta nuestros días para la práctica de la Medicina General en España.

Desde el Real Decreto 2015/78 hasta el Real Decreto 127/84 de 11 de Enero de especialidades médicas¹⁸, por el que se regulaba la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista cambiaron poco las cosas. Posiblemente el cambio más importante fue la OM de 11 de Febrero de 1981¹⁹, que modificó las denominaciones de algunas especialidades y que trató de resolver las situaciones anteriores a enero de 1980 de quienes habían comenzado algún tipo de formación con arreglo a la normativa anterior, al respetar los derechos adquiridos al amparo de la hasta entonces legislación vigente para haber obtenido el título de especialista. Si bien la OM de 1981, expresaba específicamente que nada de ello era aplicable a la especialidad de Medicina de Familia.

En los años 80 coexistían en España médicos de 52 especialidades, incluida la Medicina de Familia y varios tipos de médico general²⁰, el 30% de los cuales practicaba el ejercicio libre de la profesión:

- Médicos de Zona de la Seguridad Social: eran casi el 50% de los profesionales del sector público y ejercían medicina asistencial sobre un cupo de asegurados en un régimen de ambulatorio. Predominan en las grandes ciudades y poblaciones mayores de 10.000 habitantes.
- Médicos Titulares: algo más del 50%. Tenían funciones asistenciales y de salud pública. Ejercían su labor preferentemente en el medio rural, aunque todas las ciudades (excepto Madrid y Barcelona) tenían médicos titulares para las funciones de salud pública.
- Médicos de Urgencia de la Seguridad Social: eran poco más del 3% de los profesionales del sector público. Realizaban la atención a urgencias en centros específicos y a domicilio, en las grandes ciudades.
- Otros Médicos Generales: Los médicos de las fuerzas armadas, médicos del registro civil, forenses, de instituciones penitenciarias.
- Médicos Generales de las Compañías de Seguro libre y con ejercicio privado de la profesión.

Pero a pesar de las normativas comentadas la realidad vino a demostrar la insuficiencia de los mecanismos de flexibilidad hasta ese momento adoptados para obtener el título de especialista.

2.2.2. Situación actual

El Real Decreto 127/84 de 11 de Enero¹⁹ que ha regulado las especialidades médicas durante los últimos años, ha dado paso al Real Decreto 183/2008 de 8 febrero²¹, actualmente en vigor, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Así, de las 48 especialidades médicas, por el sistema de Residencia, que en España se reconocían, actualmente sólo se reconocen 40, habiéndose asimilado algunas de ellas, y modificando su nomenclatura otras, para adaptarse al máximo al escenario Europeo, dónde la media de especialidades por país es 39,2.

La lista de todas las especialidades reconocidas en Europa (Tabla 2 y Tabla 3) está recogida en la directiva de 5 de abril de 1993 actualizada el 20 de noviembre de 2006^{22,23}.

Especialidades comunes a todos los Estados miembros	Anatomía patológica
	Anestesiología y reanimación
	Cirugía general y del aparato digestivo
	Medicina familiar y comunitaria
	Medicina interna
	Neumología
	Neurocirugía
Especialidades comunes a todos los Estados miembros	Neurología
	Obstetricia y ginecología
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Pediatría y sus áreas específicas
	Psiquiatría
	Cirugía ortopédica y Traumatología
Urología	

Especialidades comunes a dos o más Estados miembros	Alergóloga
	Análisis clínicos
	Angiología y cirugía vascular
	Aparato digestivo
	Bioquímica clínica
	Cardiología
	Cirugía maxilofacial
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica, estética y reparadora
	Cirugía torácica
	Dermatología M-Q y venereología
	Endocrinología y nutrición
	Estomatología
	Farmacología clínica
	Geriatría
	Hematología y hemoterapia
	Inmunología
	Medicina nuclear
	Microbiología y parasitología
	Nefrología
Neurofisiología clínica.	
Oncología radioterápica	
Radiodiagnóstico	
Rehabilitación	
Reumatología	
Especialidades existentes en España que no figuran en las directivas comunitarias, por lo tanto no permiten el reconocimiento del título de especialistas español en otros Estados miembros	Cirugía cardiovascular
	Hidrología
	Medicina de la educación física y el deporte
	Medicina intensiva
	Medicina legal y forense
Especialidades españolas que, a pesar de figurar en las directivas, no cumplen los requisitos mínimos de formación establecidos en las directivas	Oncología médica
	Medicina preventiva y salud pública
	Medicina del trabajo

La Tabla 3 muestra las especialidades en Ciencias de la Salud actualmente reconocidas en España, por el sistema de residencia a las que se puede acceder siendo titulado en Medicina, e informa del número total de países que la reconocen en Europa.

Tabla 3: Especialidades en Ciencias de la Salud reconocidas en España, a las que se puede optar con titulación médica

Especialidad	España	Nº países
Anestesiología y reanimación	1	27
Alergología	1	16
Análisis clínicos*	1	14
Anatomía patológica	1	27
Angiología y cirugía vascular	1	22
Aparato digestivo	1	36
Bioquímica clínica*	1	16
Cardiología	1	25
Cirugía general y del aparato digestivo	1	27
Cirugía oral y maxilofacial	1	14
Cirugía ortopédica y traumatología	1	27
Cirugía pediátrica	1	23
Cirugía plástica, estética y reparadora	1	27
Cirugía torácica	1	26
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	1	25
Endocrinología y nutrición	1	23
Farmacología clínica	1	16
Geriatría	1	18
Hematología y hemoterapia	1	5
Inmunología*	1	15
Medicina del trabajo	1	26
Medicina física y rehabilitación	1	23
Medicina interna	1	27
Medicina nuclear	1	23
Medicina preventiva y salud pública	1	23
Microbiología y parasitología*	1	21
Nefrología	1	24
Neumología	1	27
Neurocirugía	1	27

Neurofisiología clínica	1	7
Neurología	1	27
Obstetricia y Ginecología	1	27
Oftalmología	1	27
Otorrinolaringología	1	27
Pediatría y sus áreas específicas	1	27
Psiquiatría	1	27
Radiodiagnóstico	1	27
Radioterapia	1	27
Reumatología	1	25
Urología	1	27
* Especialidades, a las que se puede acceder también con otras titulaciones		

La Tabla 4 muestra las especialidades reconocidas en Europa que no existen en España, de ese modo configuradas, e informa del número de países dónde existe.

Tabla 4: Especialidades en Europa que no existen en España

Especialidad	España	Nº países
Neuropsiquiatría	0	10
Dermatología	0	3
Venereología	0	3
Medicina tropical	0	8
Psiquiatría infantil	0	22
Enfermedades contagiosas	0	20
Cirugía dental, oral y maxilofacial (formación médica y odonto-lógica básica)	0	9

A partir de la Directiva 2005/36/CE24, según el grado de coordinación se diferencian varios grupos de especialidades:

Especialidades de coordinación total: existen en todos los estados miembros de la Unión Europea y en todos ellos se cumplen los requisitos establecidos en directiva. Al tratarse de una formación armonizada en toda la Unión Europea, los correspondientes títulos de especialista son objeto de reconocimiento automático en todos los estados miembros.

Especialidades de coordinación parcial: (artículo 26), la inclusión de nuevas especialidades médicas para su reconocimiento automático, exige dos requisitos:

Que la especialidad sea común como mínimo a dos quintos de los Estados miembros.

Además, debe incluirse en el Anexo mediante el procedimiento de “comitología” del artículo 58.2, requiriendo mayoría cualificada (2/3) en el Comité para el Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales.

Especialidades sin coordinación: especialidades que no figuran en la relación de los dos grupos anteriores. Los requisitos de formación se establecen en las normas internas de cada estado miembro, sin que resulten aplicables las previsiones de la Directiva.

Al no existir una formación armonizada a nivel comunitario, el reconocimiento no es automático, sino que se articula a través de la evaluación y el análisis de la formación acreditada por el solicitante. Cuando la formación no es equivalente a la exigida en el estado en el que se solicita esta especialidad, puede establecerse la exigencia de una formación adicional hasta completar la misma.

Actualmente las especialidades en España se regulan por cada una de las Comisiones Nacionales de Especialidades (40 especialidades médicas, por el Sistema de residencia) y por el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud, del Ministerio de Sanidad y Política Social. Están en continuo proceso de reforma, en virtud del debate profesional y social, que existe en cada momento. Así en la actualidad, parece inminente la asignación de programas MIR específicos para Urgencias y Psiquiatría infantil y en un futuro próximo es previsible su reconocimiento como especialidades médicas.

Las especialidades que no existen en España, pero sí en otros países de la Unión Europea, facultan al médico para ejercer en su estado miembro de origen una actividad médica que corresponde, en cierta medida, aunque no de manera formal, a la especialidad médica que desea ejercer en el estado miembro de acogida. En este segundo supuesto, el estado miembro de acogida podrá exigir a los médicos emigrantes que cursen una formación complementaria y se compromete a tener en cuenta los periodos de formación especializada realizados por los médicos emigrantes y sancionados por un título, siempre que dichos periodos se correspondan con los

exigidos en el estado miembro de acogida para la formación especializada de que se trate.

2.2.3. Situación futura: troncalidad

La ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, del año 2003, especifica en su artículo 19 que “las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años”²⁵.

La troncalidad en formación especializada podría definirse como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado²⁶.

A pesar de que han transcurrido casi 6 años, aun no se han llevado a cabo los desarrollos reglamentarios pertinentes, que la pongan en marcha, aunque el Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud, si ha hecho sus propuestas reguladoras al efecto ante las autoridades competentes.

El informe de troncalidad, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social²⁶, en base a las opiniones de las 48 comisiones médicas de las especialidades incluye aspectos poco flexibles en el sistema formativo, ya que no contempla la movilidad del residente por los diferentes troncos, limitando la capacidad docente. De ahí, que esté siendo reevaluado y se prepare un nuevo informe de troncalidad que se prevé conocer en breve.

El citado documento expone que la troncalidad, debe cumplir una serie de requisitos imprescindibles:

- Debe fortalecer el proceso formativo y las competencias finales.
- No debe prolongar los tiempos finales de formación de las especialidades, salvo en el caso de necesarias adaptaciones al progreso científico-tecnológico competencial y social cuando sea pertinente.
- Las especialidades que formen parte de un mismo tronco
- Deben tener competencias comunes.
- Deben beneficiarse de estancias formativas comunes.

- Deben compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejora la efectividad y eficiencia del sistema.

Para el desarrollo de la troncalidad es básico contar con el consenso profesional. Está resultando un proceso difícil y largo, pero es imprescindible para luego desarrollar las áreas de capacitación específica. Existen voces que reclaman la troncalidad en función de las diferentes disciplinas. Otras, sin embargo, reivindican que debe fundamentarse en la proximidad de competencias, independientemente de las disciplinas que las aborden. La propuesta actual se resume en las tablas 5 a 7.

Tabla 5: Tronco médico	
Alergología	Medicina familiar y comunitaria
Anestesiología y reanimación	Medicina intensiva
Aparato digestivo	Medicina interna
Cardiología	Nefrología
Endocrinología y nutrición	Neumología
Farmacología clínica	Oncología médica
Geriatría	Oncología radioterápica
Hematología y hemoterapia	Reumatología
Medicina del trabajo	

Tabla 6: Tronco quirúrgico	
Angiología y cirugía vascular	Cirugía pediátrica
Cirugía cardio-vascular	Cirugía plástica, estética y reparadora
Cirugía general y del aparato digestivo	Cirugía torácica
Cirugía oral y maxilo facial	Neurocirugía
Cirugía ortopédica y traumatología	Urología

Tabla 7: Tronco médico y de laboratorio clínico	
Bioquímica clínica	Análisis clínicos
Inmunología clínica	Microbiología y parasitología

Además existen 13 especialidades que han manifestado su deseo de no ser incluidas en la troncalidad por expresa petición de las Comisiones Nacionales,

(Tabla 8) bien porque consideran que no tienen competencias comunes con otras especialidades o bien porque consideran insuficiente su periodo de formación específica, fijado para cada especialidad.

Tabla 8: Especialidades que no “aceptan” la troncalidad

Dermatología y venereología	Pediatría
Medicina física y rehabilitación	Obstetricia y ginecología
Neurofisiología clínica	Psiquiatría
Neurología	Medicina nuclear
Oftalmología	Radiodiagnóstico
Otorrinolaringología	Anatomía patológica

El rediseño y los cambios en los contenidos formativos de las distintas especialidades médicas, habrán de ser regulados, a propuesta del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que con la normativa en vigor pasa a denominarse Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, al integrarse en él otras disciplinas que cuentan también con un sistema formativo (farmacia, enfermería, biología etc.). No obstante la estructura final de la formación troncal es competencia de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, siguiendo las recomendaciones de dicho Consejo.

Numerosos agentes involucrados, apuntan al desarrollo de la troncalidad como un medio útil para paliar la necesidad de algunas de las especialidades, ya que daría lugar a médicos más “polivalentes”; médicos con una formación troncal que les permitiría circular de una especialidad a otra en caso de necesidad o decisión personal, en corto espacio de tiempo y sin necesidad de volver a examinarse.

3• ENFOQUE DEL PROBLEMA EN OTROS PAÍSES

En los otros países de nuestro entorno, también se debate acerca de las necesidades de médicos, aunque los planteamientos no son del todo similares. No obstante consideramos oportuno explorar en este trabajo alguna de las medidas adoptadas en otros países.

Se constata la coexistencia de diversos modelos tanto en los aspectos formativos como en las políticas de recursos humanos. Llama la atención la disparidad existente en los modelos europeos de formación especializada, máxime cuando la facilidad de contratación entre países europeos debería exigir formaciones similares.

En cuanto a los recursos humanos tampoco existen datos suficientemente consistentes, más allá de las cifras globales, que permitan una adecuada planificación de necesidades, aunque se están realizando esfuerzos para la confluencia de las medidas a adoptar, a través de los observatorios.

3.1. FORMACIÓN DE POSTGRADO

En los aspectos formativos de postgrado en la Unión Europea hay una considerable variabilidad en los programas de formación especializada, pruebas de acceso, contenidos y estándares de formación en las distintas especialidades médicas y en la evaluación de los conocimientos y habilidades adquiridas. A pesar de estas diferencias los países miembros se ven obligados a reconocer automáticamente los títulos de otros países.

En general se pueden distinguir dos modelos de acceso a la especialización médica. Los países mediterráneos (Francia, España e Italia) tienen un examen de entrada con distintas características (locales o estatales). Otros países (Reino Unido, Países Bajos, Suecia y Alemania, etc.), presentan un sistema de solicitud individualizado del aspirante dirigido a los distintos servicios acreditados, cuya regulación y garantía de derechos varían mucho entre los distintos países y centros. Únicamente en España, se accede directamente a la especialidad sin pasar previamente por un área troncal.

En Francia, el sistema de acceso a la formación especializada se realiza a través de un examen nacional único desde el año 2005, pero con la peculiaridad de que sólo es válido para las regiones a las que se concursa. Los resultados de este examen, que se publican para cada una de las regiones, serán determinantes tanto para elegir la especialidad, como la región. El periodo de formación especializada dura 4 ó 5 años, con un sistema de evaluación de las rotaciones, para obtener el diploma final de especialidad que otorga el Minis-

terio. Dicho diploma no capacita para el ejercicio de la especialidad, ya que además ha de defender una tesis doctoral para obtener el título de doctor en medicina. Una vez superada la tesis, el especialista recibe su diploma de estudios especializados (DES) y puede registrarse en la Orden Médica como especialista, pudiendo ejercer la especialidad desde ese momento.

En Alemania, tras un período de formación clínica obligatorio de un año y medio, se puede iniciar la formación en medicina general de 3 años más de duración, sin que existan plazas limitadas a tal fin o acceder a la formación especializada que dura entre 4 y 6 años y no requiere de un examen previo tipo MIR. La autoridad competente en la formación especializada es el Landesärztekammer, o colegio de médicos en los diferentes "länder". El sistema de formación recae sobre los servicios acreditados de hospitales universitarios. El proceso de formación concluye con la presentación del aspirante del currículum formativo y con la superación de un examen final de especialidad.

En Italia la formación de especialistas se controla desde las universidades, que habilitan escuelas de especialización, ateneos o institutos de instrucción universitaria, dura entre 4 y 5 años y el programa de rotaciones es variable para cada universidad. El acceso a la formación de la especialidad se realiza a través de una prueba local, diferente para cada especialidad. El examen consta de 40 preguntas sobre temas generales de medicina y cirugía y 20 preguntas sobre la especialidad y características de la escuela y de una prueba práctica. Los residentes carecen de responsabilidad asistencial, actuando como meros observadores. La evaluación consta de exámenes escritos anuales y la presentación de una tesis ó trabajo escrito en relación con la especialidad elegida.

En los Países Bajos el sistema de formación de los médicos especialistas también está vinculado a las universidades, a las cuales debe dirigir su solicitud el aspirante, acompañado de un currículum. No existe examen de acceso. La duración de las distintas especialidades es variable. Las especialidades quirúrgicas tienen 6 años de formación común y posteriormente otros 3 años para la súper-especialización. Existe un programa de formación a nivel nacional, con unas rotaciones preestablecidas. Sí tienen responsabilidad clínica, realizando

guardias en número de 6-7 mensuales, según la especialidad. Existe una evaluación continua de las labores asistenciales y de las actividades docentes, no debiéndose realizar examen alguno al finalizar el programa de formación.

En el Reino Unido tampoco existe un examen de acceso a la formación de la especialidad, pero sí un procedimiento complejo y descentralizado, que se encuentra en estado de revisión, para adaptarse a la normativa europea y cuyos estándares de calidad, son acordados y revisados por la Iniciativa para la modernización de la formación en Medicina (Modernising Medical Careers, MMC). Básicamente, se estructura en las siguientes etapas:

- Foundation Year 1 (F1). Periodo de formación supervisada de un año, que equivale al antiguo Pre-registration House Officer (PRHO) y consolida los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas en la formación de pregrado. Da derecho a inscribirse en el "Register".
- Foundation Year 2 (F2). Periodo de formación supervisada de un año, que equivale al primer año del antiguo Senior House Officer (SHO) y en el que se faculta, a través de un programa tutelado y personalizado, para la valoración y tratamiento asistencia de pacientes agudos. También capacita en habilidades genéricas profesionales aplicables a todas las áreas de la medicina: trabajo en equipo, gestión del tiempo, habilidades de comunicación y tecnologías de información.
- "Senior House Officer" (SHO). Para el que se requiere superar los dos años del "Foundation Programme". La formación especializada durante este periodo, varía en función de cada especialidad, y debe seguir las directrices del programa publicado por los Reales Colegios de cada especialidad y aprobados por el independent Postgraduate and Medical Education and Training Board (PMETB). Requiere una estancia tutelada en hospitales, ofrece la posibilidad de diseñar su propia rotación, normalmente cambiando cada 6 meses de trabajo de hospital y de zona geo-gráfica. La tutela la ejercen el miembro asignado por el "Royal College" que regula la especialidad en cuestión. Es imprescindible que al concluir el periodo, las plazas sean oficialmente aprobadas por el "Royal College" correspondiente, como "Fully Approved Training Posts"

- “Specialist Registrar” en vez de cuatro años de duración para las especialidades medicas y de seis para las especialidades quirurgicas. Para el que se requiere superar el “Higher Specialist Training”. Para poder competir por plazas de “Specialist Registrar” es necesario haber aprobado el “Membership Exam” del “Royal College El “Higher Specialist Training” se realiza en una especialidad concreta y normalmente como parte de una rotación organizada por el “National Health Trust” (grupo de hospitales).
- Examen MRCP (“Member of the Royal College of Physicians”) y el MRCS (“Member of the Royal College of Surgeons”) es necesario haberlo aprobado para poder competir por plazas de “Specialist Registrar”.
- Así, el examen de “Fellowship” de la respectiva especialidad se suele hacer en esta fase final de la formación. En el último año el aspirante se dirige a las STA (“Specialist Training Authority”) para solicitar que se le conceda el certificado CCST (certificado de haber completado la especialidad).
- Este certificado permite al nuevo especialista solicitar en el GMC (“General Medical Council”) la inclusión en el registro de especialistas, lo que le permite ocupar un puesto de especialista en una consulta u otro trabajo público asistencial.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) no existe un examen de acceso nacional a la especialidad. Todas las especialidades tienen un programa formativo nacional, en el que se especifican los objetivos y las técnicas. Existe una formación troncal para las especialidades médicas, quirúrgicas y procedimentales, de tres años de duración mínima para poder acceder a las subespecialidades. La evaluación del residente se realiza de forma continuada por el personal de plantilla, pacientes, pares, autoevaluación y otros profesionales sanitarios, incluyendo enfermeras. Al finalizar el periodo de residencia el responsable del periodo de formación realiza una evaluación final. Para poder obtener el certificado de la especialidad debe superarse un examen establecido por el “Board” de la especialidad. El mismo proceso se realiza para alcanzar la subespecialidad (ampliación del conocimiento en un área específica), para alcanzar alguna subespecialidad, se precisa la realización de múltiples “Boards”.

3.2. RECURSOS HUMANOS

El mayor activo de cualquier empresa son sus recursos humanos, es obvio que una adecuada política de recursos humanos incide decisivamente en el buen funcionamiento, la eficiencia y calidad de la misma.

Los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud son uno de sus pilares básicos y por lo general el servicio que prestan estos profesionales está bien valorado por los ciudadanos, incluso mejor que otros aspectos tecnológicos y de organización. Quizás por esta razón, en los años pasados, no se ha apreciado el progresivo deterioro en las políticas de recursos humanos que se manifestaba entre los profesionales sanitarios como frustración y descontento entre los mismos.

Un problema latente que quizás podría haber sido atajado, al menos parcialmente, ha estallado aparentemente en estos últimos años, ya que la paulatina falta de profesionales que se sufría en todas las Comunidades Autónomas se ha visto agravada por la significativa “huida” de médicos españoles del sistema público, tanto al sistema privado como a otros países, el aumento del tiempo necesario para obtener algunas especialidades y la creación de nuevos hospitales.

Los principales objetivos de la ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud²⁷ es regular las condiciones laborales reduciendo la rigidez de la gestión, promover la formación continuada y fomentar la carrera profesional basada en la excelencia. Combinar el establecimiento de criterios comunes al Sistema Nacional de Salud en materia de recursos humanos con el respeto a las competencias organizativas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas no es tarea fácil y, de echo, en buena medida las previsiones del legislador se han visto desbordadas y desdibujadas por la lentitud de los trabajos de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Diferentes expertos consideran que la deficiente aplicación del Estatuto Marco no ha servido para, en la práctica, generar cambios sustanciales en el nivel de flexibilidad y la eficiencia en la gestión que precisan las organizaciones sanitarias²⁸.

El perfil del personal facultativo ha experimentado notables cambios, el desequilibrio de género, tradicionalmente determinado por un predominio masculino, se ha invertido y en la mayoría de los países las mujeres constituyen el porcentaje mayoritario de los nuevos licenciados.

Los médicos que han desarrollado en épocas pasadas horarios excesivamente prolongados, demandan actualmente un mayor equilibrio entre su tiempo de trabajo y el restante, que haga posible una conciliación familiar, aunque por otra parte deben de hacer frente a la necesidad de cobertura de servicios continuados, cumpliendo las directrices de la European Working Time Directive²⁹. Se tiende a fomentar un intercambio de conocimiento de las políticas de recursos humanos actuales para afrontar lo más uniformemente posible un reto sociológico común: garantizar que la provisión de los servicios de salud satisfaga las necesidades de los ciudadanos del mañana.

En la Unión Europea el debate acerca del Estado del Bienestar y las reformas de los recursos humanos en el sector salud mantiene una dicotomía entre posiciones que preconizan la convergencia y aquellas que reivindican una cierta divergencia en base a que las políticas sociales deben contextualizarse a la idiosincrasia propia de cada nación.

No obstante la integración económica, de mercado y política hace que cada vez sea más evidente la necesidad a tender hacia la convergencia, cuando menos en la gestión práctica de los recursos humanos.

Ante la diversidad de contextos en los países que conforman la Unión Europea se ha decidido analizar conjuntamente la problemática de los recursos humanos en materia de salud, utilizando como herramienta los datos ofrecidos por el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, que fomenta y proporciona la toma de decisiones a este respecto, basadas en la evidencia a través de análisis rigurosos y en profundidad de los Sistemas de Salud europeo, analizando las tendencias en la reforma sanitaria, en base a experiencias en los diferentes países que ilustran e iluminan los objetivos de estas políticas, mediante la participación conjunta de numerosos gestores, docentes y profesionales de reconocido prestigio.

Así se han identificado cuatro hitos claves que configuran el diseño del futu-

ro, pese a que existe un escaso consenso, en cuanto a la más adecuada categorización de las prácticas de gestión de recursos humanos: adquisición, mantenimiento, motivación y desarrollo, a la luz de los cuales se analizan los diferentes escenarios europeos.

En Francia el sistema de salud presenta un contexto de la gestión de recursos humanos particular, que mezcla elementos liberales con un fuerte control gubernamental, para asegurar la cobertura universal, regular la normativa del sistema de salud y la gestión de la red nacional de organizaciones involucradas en el sistema público. Las asociaciones profesionales están muy fragmentadas y no juegan un papel significativo en el diseño de las políticas sociales. Existe una creciente insatisfacción de los trabajadores del sistema de salud y de las dificultades para llegar a consensos con estas asociaciones. La aplicación rigurosa del sistema de “*numerus clausus*” en el pasado como una herramienta para limitar el crecimiento de médicos, ha sido efectiva, pero últimamente genera temor ante la escasez de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Alemania tiene un sistema corporativo y federal que fija los objetivos de salud e implementa los cuidados mediante un complejo conjunto de mecanismos institucionales que actúan a diferentes niveles. Proveedores y compradores de servicios de salud trabajan dentro de un marco corporativo que incluye más de 300 cajas de enfermedad, 23 asociaciones regionales de médicos, 22 de dentistas y sus correspondientes asociaciones federales. La naturaleza corporativa del sistema produce rigidez y una enorme dificultad para la introducir cambios y para la intervención gubernamental. El gobierno no puede planificar las necesidades de personal, mediante el control del número de estudiantes, evitando un número excesivo de médicos, pese a ello se han introducido reformas recientes que permiten un mayor intervención estatal mediante restricciones a las cajas de enfermedad.

En el Reino Unido el sistema público (National Health Service) ha llevado a cabo, en los últimos veinte años, dos reformas que implican cambios, a largo plazo, en las políticas de recursos humanos. A principios de los noventa se estableció un mercado interno para modificar los incentivos y los mecanismos

de gestión económica tanto a proveedores como compradores a fin de conseguir lograr la eficiencia del sistema microeconómico, modificando la relación de gestión jerárquica entre gobierno y proveedores en favor de una relación contractual entre éstos y compradores independientes. A finales de los noventa se reorganizó el NHS desde la competitividad y el mercado a la colaboración, el sistema planifica configurar, a partir del 2000, una serie de objetivos y prioridades nacionales vinculadas al compromiso explícito de aumentar la plantilla, modernizar la regulación que ordena la profesión y asegurar que el personal es el adecuado tanto en número como en capacitación. Para ello desarrolla un complejo sistema que pretende desarrollar la formación continuada implementando diferentes formas de gestión, que debe responder simultáneamente a la escasez de profesionales y como consecuencia es especialmente innovador en la captación de médicos de otros países.

Noruega es uno de los países con la mayor dispersión de la población de Europa, tiene unos 4,5 millones de habitantes para unos 386.000 km² la mayor parte de los facultativos se acumula en el interior o la periferia de las grandes ciudades o pueblos más importantes, en tanto que hay escasez de facultativos en las zonas apartadas, especialmente las del norte. La distribución de médicos de familia y dentistas, resulta poco adecuada. Así mismo Noruega es un ejemplo de cómo se ha hecho frente a las dificultades para alcanzar la autosuficiencia de los profesionales de la salud. Aunque políticas gubernamentales recientes fomentan el aumento del número de estudiantes en ciencias de la salud, el país continúa importando profesionales, fundamentalmente de otros países nórdicos y de las repúblicas bálticas. Recientemente se ha conseguido un número considerable de enfermeras provenientes de Finlandia. Sin embargo sus políticas sociales y de recursos humanos como en otros países escandinavos, se basan en un modelo de bienestar que se caracteriza por un relativamente amplio sector público, con muchos empleados públicos, un alto grado de provisión con financiación pública y un diseño de políticas pragmático, pero basado en el consenso. Un elevado grado de representación y negociación en las políticas más relevantes de las principales empresas y políticas de mercado laboral muy proactiva, caracterizada por un alto gasto pú-

blico en contratación de servicios, promoción de alianzas y formación laboral y capacitación para el empleo.

La federación rusa supone un ejemplo de los retos a afrontar en materia de recursos humanos asociados a la reconstrucción de los sistemas de salud en los estados poscomunistas. El modelo soviético de provisión y planificación de salud prevaeciente, se caracteriza por el seguimiento de una normativa supranacional, la producción de un elevado número de recursos humanos y el mantenimiento de un gran número de centros de salud, clínicas y camas hospitalarias, con ratios relativamente altos de médicos por cama. La tríada de contratos de larga duración, financiación inadecuada y salarios relativamente bajos, producen un sistema con escasos incentivos para la productividad y la eficiencia, hechos que las recientes reformas intentan corregir mediante una gestión descentralizada, financiación compartida (cobrar por objetivos) y creación de incentivos a la eficiencia. Entre otras reformas el ministerio de sanidad ha subvencionado la adaptaron de la formación de los médicos de AP, la autonomía de gestión de hospitales y policlínicas, el pago a la plantilla y la puesta en marcha de sistemas de planificaron y regulación. Las principales dificultades se centran en un medio adverso para la regulación y el trabajo, débiles mecanismos de financiación y una infraestructura inadecuada del sistema de salud.

4• FLUJO MIGRATORIO DE ESPECIALISTAS

El análisis de esta problemática requiere detenerse no sólo en los tipos de flujos posibles, centrípetos y centrífugos, sino en los motivos y consecuencias de los mismos.

La migración de médicos, que afecta a todos los países del mundo, es un proceso relativamente nuevo en España, que se ha visto incrementado en los años 90. En los países occidentales este hecho no es nuevo, aunque adquiere entidad en los años 50 cuando Estados Unidos acaparó a los médicos del Reino Unido, fenómeno que se denominó robo de cerebros o "brain drain". Se incrementó durante los años 60, hasta el punto de obligar a estos países, a modificar sus políticas de inmigración que se enfocaron a captar profesionales altamente cualificados y especial-

mente de trabajadores del sector sanitario, manteniendo políticas restrictivas para el resto de los trabajadores^{30,31}.

La emigración de estos profesionales decayó en los 80 y 90 y ha resurgido en la última década debido en parte a la globalización, que conlleva no sólo el incremento y la diversificación de los flujos de información, comercio e inversiones a nivel internacional, sino también la creciente movilización de recursos humanos altamente capacitados³².

A priori cabría esperar que un país se comporte como importador o exportador de cerebros y por ende de profesionales sanitarios, pero la situación real en España es dual, existiendo flujos tanto de salida como de entrada ya que a los médicos españoles, debido al desajuste ocupacional y las condiciones laborales, les ha sucedido lo mismo que a los vendimiadores de hace tres décadas³³.

Lo que ha ocurrido en España en los últimos años es que se produjo un fuerte shock de demanda procedente de 3 fuentes confluentes. Aumentó de forma sensible la demanda de médicos en el sector privado, muy dinámico y en fase alcista, para cubrir las necesidades de una población progresivamente con mayor poder adquisitivo y medicalizada. Al mismo tiempo, algunos países europeos ejercieron cierta presión para atraer a nuestros profesionales, dada su alta preparación. Por otra parte, las Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias sanitarias en 2002 acometieron simultáneamente ambiciosos planes de inversión (nuevos hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud), ampliando su cartera de servicios y, en último término, demandando más médicos y profesionales de enfermería.

Por el lado de la oferta, en cambio, las entradas a la profesión se mantenían estancadas. El "numerus clausus" en medicina no aumentó hasta el curso pasado, y el de plazas de médicos internos y residentes (MIR) convocadas crecía lenta y desigualmente según las especialidades. Así pues, el flujo migratorio de médicos que se produce en España debe analizarse bidireccionalmente y aunque en cierto grado ese flujo sea inevitable e incluso beneficioso, se debe procurar conseguir un razonable equilibrio que impida el "desabastecimiento" de médicos, tendiendo, en lo posible, a disminuir los flujos centrífugos de médicos españoles formados en España y que no ejercen en nuestro país. Sería muy deseable que la cuantiosa inversión

en formación que nuestro país realiza en formación revierta prioritariamente en la propia sociedad española, impulsando una política atractiva e incentivadora de Recursos Humanos.

4.1. FLUJOS CENTRÍPETOS

Los movimientos que analizaremos por su potencialidad en la ayuda a la resolución del problema de necesidades son aquellos relacionados con la incorporación a los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud de 2 tipos de profesionales: médicos extranjeros y médicos españoles sin título oficial (MESTOS). Por exceder ampliamente el objetivo de este trabajo no se tratarán las posibilidades de reincorporar al ejercicio de la medicina a los profesionales que lo han abandonado.

Se constata la progresiva incorporación de médicos extranjeros en nuestro mercado de trabajo, con el mismo patrón que en el resto de los países occidentales. Estos profesionales proceden fundamentalmente de Centroamérica y el Caribe, sin duda debido a las facilidades idiomáticas, y los países de África Occidental y Oriental, Europa del este, Sur y Sudeste de Asia, con un coste para estos países de unos 50 millones de \$ anuales^{32,34}.

Esta "importación de cerebros" desde los países más atrasados, que generalmente se realiza gratis, crea una paradoja: los países más pobres subsidian la actividad científica y la economía de los países más ricos del mundo, acrecentando así la brecha de desarrollo. Además, puesto que se produce de los países pobres a los ricos, dificulta las posibilidades de éstos para romper el círculo de la pobreza y el subdesarrollo, ya que la emigración de los ciudadanos cualificados priva a estos países del personal adecuado para poder prosperar³⁵. Según un reciente informe del Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA)³⁶, el número de emigrantes con estudios de tercer nivel hacia países de la OCDE aumentó un 155% entre 1990 y 2007. De este modo, la región pasó de aportar el 16% de los emigrantes calificados de los países ricos en el 2006.

Globalmente ha aumentado la contratación de profesionales extranjeros, en casi todas las Comunidades Autónomas y estos desarrollan fundamental-

mente su actividad en la Atención Primaria (medicina de familia), siendo cada vez más frecuente la contratación de médicos en Atención Especializada (anestesia y reanimación y algunas especialidades quirúrgicas, etc.). Según el informe de la situación de médicos en la comunidad valenciana (Tabla 9) de 9.032 médicos, 225 son extranjeros³⁷.

Tabla 9: Facultativos extranjeros por especialidades (Valencia)

ESPECIALIDAD	% especialistas
Medicina Familiar y Comunitaria	4,58
Cirugía plástica, estética y reparadora	4,55
Anestesiología y Reanimación	4,38
Urología	4,35
Obstetricia y Ginecología	2,71
Neurofisiología clínica	2,2
Cirugía general y del Aparato digestivo	2,01
Psiquiatría	1,58
Cirugía ortopédica y traumatológica	1,56
Radiodiagnóstico	1,53
Medicina intensiva	1,25
Neurología	1,0
Medicina Interna	0,94
Cardiología	0,6
Pediatría	0,32

La mayoría de los médicos extranjeros contratados en los últimos tiempos por las diferentes administraciones públicas, son especialistas formados en sus países de origen. Se plantean pues problemas urgentes de homologación con el sistema de formación especializada español (MIR) y la tendencia general es considerar que son médicos peor formados. Además, en opinión de al-

guna Sociedad Científica, nadie piensa evaluar la competencia de los mismos, ni siquiera su nivel de conocimiento de la lengua española³⁸.

Pese a que sea un problema que tiende a considerarse solventado, quizás por lo incomodo de la situación que plantea debemos tener en cuenta a los MESTOS, ya que su número hoy en día, aunque no se conoce con certeza, se sabe que supera los varios miles (entre 2.000 y 10.000 según las fuentes)³⁹⁻⁴¹. La mayor parte de estos profesionales, tiene más de 40 años, han sido formados en los hospitales Universitarios (en las Cátedras) y si siguen trabajando tienen más de 20 años de experiencia, aunque no tengan el título que lo avale. Si bien las Comisiones de Especialidades, han realizado un esfuerzo de homologación, ha sido notoria en la baremación la infravaloración del tiempo de ejercicio profesional en el sistema no público, generándose una cierta discriminación y por tanto dificultad de acceso. Este hecho ha llevado a numerosos MESTOS a abandonar la profesión, a ejercer la medicina exclusivamente en el ámbito privado o a ejercer en otros países.

Hoy en día una proporción fácilmente cuantificable de estos MESTOS ejerce el sistema público y desarrollan su actividad generalmente en el ámbito de la Atención Primaria, en condiciones de precariedad, como interinos, suplentes, etc.; el sistema que paradójicamente no les reconoce el nivel de formación exigido, por el contrario los contrata sin reparos cuando los necesita.

Ante la carencia actual de profesionales, estamos asistiendo a una mayor aceptación de la incorporación de este colectivo, tradicionalmente infravalorado por las Sociedades Médicas, a pesar de su innegable aportación al Sistema Nacional de Salud.

En este sentido se escuchan opiniones autorizadas como la de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria que ante la falta de pediatras, considera que es mejor atraer a los MESTOS, mediante una segunda oportunidad de homologación, que traer especialistas de otros países, pues sería absurdo desperdiciar toda esta experiencia con argumentos corporativos³⁸.

Según el Colegio de Médicos de Cataluña y la Asociación Española de Pediatras sin Titulación Oficial existen 2.118 de estos MESTOS en pediatría ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud como pediatras (Tabla 10).

Tabla 10: MESTOS por Comunidades

Canarias	870
Cataluña	414
Castilla la Mancha	382
Valencia	138
Extremadura	96
Andalucía	70
Madrid	60
Castilla y León	23
Galicia	59
Murcia	4
Asturias	1
Rioja	1
Cantabria	0
Navarra	0
Baleares	-
Aragón	-
País Vasco	-
Melilla	-
Ceuta	-
Fuente Colegio de Médicos de Cataluña y Asociación Española de Pediatras sin Titulación Oficial	

Urge pues identificar y atraer a estos colectivos estableciendo medidas justas de homologación y certificación, ya que presumiblemente la situación de pediatría podría ser extrapolable a otras especialidades, puesto que el 71% de los médicos actualmente desempleados o con trabajos precarios son licenciados en medicina que no han cursado la residencia.

En todo caso, homologación y acreditación siguen siendo cuestiones pendientes, cuya solución es cada vez más urgente, para garantizar el nivel de calidad de la asistencia sanitaria y el respeto a la normativa vigente. Consecuencias en el ámbito de la responsabilidad profesional y en las oportunidades de empleo para los médicos españoles no pueden ni deben ser obviadas ni postergadas por más tiempo.

4.1.1. Flujos centrífugos

Cada vez es necesario un número mayor de médicos en el sistema público debido al crecimiento demográfico, la universalización de la cobertura, la apertura de los nuevos hospitales y Centros de Salud, así como la implantación de nuevos servicios y programas asistenciales y el discreto aumento de plantillas con tendencia positiva pero apenas perceptible. Pero paradójicamente cada vez es mayor el número de profesionales que abandona el sistema, ya sea para incorporarse al ejercicio privado de la medicina o para ejercerla en otros sistemas públicos de salud de nuestro entorno.

Las malas condiciones laborales, ya que las plantillas no se han incrementado al mismo ritmo que la cobertura, y las escasas perspectivas de futuro, con pobre o inexistente desarrollo de la carrera profesional, en base a la cualificación y no sólo de la antigüedad, pueden estar en la base de ciertos flujos centrífugos de facultativos.

A modo de ejemplo la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) informa de una “deserción” que roza el 19% en los últimos 9 meses. 574 médicos de los 3.045 “urgenciólogos” del sistema público, en todas las autonomías, lideradas por Cataluña con 228 plazas sobre 552 dotadas y Andalucía con 102 de 452.

Los testimonios de algunos de estos profesionales, reflejan que las condiciones laborales son similares en Portugal y en el Reino Unido, pero socialmente están mucho mejor valorados, concilian mejor la vida familiar y laboral, tienen menor carga asistencial e incluso algunos disponen de tiempo para la investigación. Por lo general viven a gusto y pocos incentivos les incitarían al retorno, ya se trate de un proceso de emigración o de “destierro” al negárseles un contrato digno.

En este apartado continúa la guerra de cifras, así el Ministerio reconoce a sólo 500 médicos españoles ejerciendo en el extranjero, en tanto que la CESM y la OMC los cifra en más de 8.000. La Asociación de Profesionales Españoles de la Salud en Portugal declara que ejercen 1.800 médicos formados en España.

En los últimos años en España se ha producido una importante demanda con un triple origen:

- Las Comunidades Autónomas tras las transferencias del 2002 han emprendido ambiciosos planes de inversión, ampliando su cartera de servicios y, por tanto demandando más médicos.
- Los países vecinos se han esforzado y se siguen esforzando en atraer a nuestros profesionales.
- El sector de la medicina privada, muy dinámico y en fase de crecimiento para cubrir las necesidades de una población de mayor poder adquisitivo y medicalizada.

Estos cambios han generado modificaciones en el mercado interior de trabajo sanitario, que como mercado estrecho y con oferta rígida tienen ofertas inelásticas a corto plazo lo que incapacita al mercado para adaptarse al cambio cuando cambian las circunstancias⁴². Por el contrario, la apertura de los mercados al exterior, flexibilizan la oferta y les permiten adaptarse a las condiciones del momento.

Además los salarios son más o menos fijos lo que produce que se cubran primero los puestos con mayor atractivo profesional huyendo de puestos de hospitales pequeños o medios rurales⁴³.

Evitar alguno de estos flujos centrífugos se hace necesario para mantener la equidad en ciertas zonas del país, una forma de atraer y fidelizar profesionales sería ofrecer mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, capacidad para organizar la práctica, dinero, y condiciones laborales y de vida.

Las políticas comunitarias y la anunciada Directiva Europea sobre sanidad transfronteriza, cuando vea la luz, pueden y deben ayudar a dar mayor transparencia a las oportunidades y condiciones de trabajo de nuestros profesionales.

5• VALORACIÓN Y POSICIONAMIENTO DE LOS PRINCIPALES ACTORES

Es evidente que la adecuada planificación de necesidades debe hacerse teniendo en cuenta la opinión al respecto de los principales actores, tanto los empleadores y los Colegios Profesionales y los Sindicatos, como los responsables de la formación, las diferentes sociedades que agrupan a los profesionales y, por supuesto, a la so-

ciudad. Por esta razón a lo largo de estos dos últimos años, es frecuente que el tema de las necesidades de médicos se haya tratado en foros de la profesión, prensa especializada, congresos y reuniones profesionales, etc. además se están elaborando, en la actualidad informes resultado de diferentes análisis que complementan y amplían los ya existentes.

Opinión generalizada es que faltan médicos en determinadas especialidades: anestesistas, pediatras, psiquiatras, radiólogos y ginecólogos, especialmente en los hospitales más periféricos y faltan médicos en la Atención Primaria, fundamentalmente en el territorio rural.

Pero también existe cierto consenso en la carencia de datos fiables³⁹ en los que basar las decisiones, especialmente las que atañen al medio y largo plazo. Por esta razón existe, en la práctica un consenso de que se agilice el desarrollo de los diferentes registros, se agilice la homologación de los médicos formados en el extranjero y que se regularice la situación de los MESTOS.

Una opinión compartida, pero que genera mayor debate es la de abrir el “*numerus clausus*”, lo que supone aumentar el número estudiantes de Medicina y otros casos además aumentar el número de Facultades de Medicina, tanto públicas como privadas. Las opiniones a favor, cuando no se matizan, no valoran los riesgos de volver a generar una bolsa de médicos sin formación de postgrado, creándose una situación más grave que la que está a punto de resolverse, puesto que en el momento actual la formación postgrado es un imperativo para el ejercicio profesional de la medicina. Las opiniones en contra manifiestan un recelo, en ocasiones excesivo, dado el número limitado de docentes que consideran capacitados para formar a los futuros médicos y las plazas de MIR. Quizás simplifican en exceso el problema, pues habrá que formar los médicos que realmente necesite la sociedad y no sólo los médicos que, hoy por hoy, se puedan formar como MIR. Si fuese necesario, al igual que se hace en otros países habrá que enviar a los médicos a formarse donde sea conveniente. Sin duda la solución precisará de una reflexión en profundidad del problema, sin desatender a intereses profesionales, ni sobre todo, los de los ciudadanos.

5.1. AUTORIDADES SANITARIAS

Además del informe elaborado por González López-Valcárcel, “Oferta y necesi-

dad de médicos especialistas en España (2006-2030)” suscrito por el Ministerio de Sanidad y Política Social⁴⁴, que analiza la cuestión a nivel nacional, diferentes Comunidades Autónomas están elaborando sus propios mapas de necesidades y con la información disponible se puede apreciar, que la problemática es general y afecta, en mayor o en menor medida, sobre todo a las especialidades ya comentadas y en todas las Comunidades Autónomas. Todas ellas consideran las proyecciones de futuro, mas allá del valor concreto de las cifras, pero, como expresa Matesanz⁴⁵, presidente de la Comisión Nacional de Nefrología en el año 2.005, “son tantos los factores que en los últimos 20 años han dado al traste con este tipo de previsiones que cualquier cifra que se estime podrá ser discutida o aplaudida con igual vehemencia según lo que se quiera demostrar”. Se plantean medidas para ampliar la oferta formativa en sus diferentes hospitales y sobre todo para fidelizar a los médicos que hayan completado su formación en cada Comunidad. En definitiva, se busca un acuerdo interterritorial que armonice salarios, carrera profesional, capacitación etc. Y, por tanto, minimice el problema generado por 17 mercados dispares.

Por su parte, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, como máximo responsable de la formación de postgrado, ha elaborado un documento sobre la troncalidad definiendo 3 grandes troncos (médico, quirúrgico y médico-laboratorio) y las áreas de capacitación específica. Este documento, actualmente en revisión por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud que, una vez validado por el Consejo Interterritorial, se constituirá en el marco de trabajo obligado y definirá los mínimos del acuerdo al que habrá que llegar en la conformación de las nuevas especialidades y en materia de déficit, equilibrio o superávit de médicos, por especialidades.

5.2. AUTORIDADES EDUCATIVAS

La Conferencia de Decanos máximo responsable educativo, ha manifestado su recelo a la apertura de nuevas Facultades (se ha propuesto la creación de 15 entre públicas y privadas), en la línea de los anteriormente comentado, aunque reconocen que se necesita incrementar con cautela el número de estudiantes de Medicina en los próximos años y estiman que se debería realizar

estudios en profundidad de las necesidades docentes y de médicos en España. Las plazas de Medicina han aumentado gradualmente pasando de 4.113 en el curso 2005-06 a 4.732 en el curso 2007-08⁴⁶.

Por otra parte continúan discutiendo, pese a la inmediatez del Espacio Europeo de Educación Superior, la conveniencia de modificar la evaluación de las competencias de los futuros médicos y del examen MIR a través de una prueba tipo evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO), opinión que comparten con los estudiantes medicina, como la mejor opción para evaluar competencias y necesidades. Asimismo trabajan para crear mecanismos que faciliten la homologación de especialistas extranjeros, que conlleven mayor exigencia y transparencia para salvaguardar la calidad.

Unánimemente muestran rechazo a las propuestas del Ministerio de Sanidad y Política Social para aumentar con urgencia de 5.800 a 7.000 el número de estudiantes de Medicina en el próximo curso, ante las previsiones de necesidad de 25.000 especialistas en el año 2.025.

Aceptan este incremento "coyuntural" en el número de alumnos, pero sólo lo consideran viable en un plazo de mínimo de 2 años y siempre que existan los recursos necesarios, estimados entre 60 y 90 millones de €, ya que la calidad de la enseñanza se vería afectada sin ellos. Igualmente señalan que, en el momento actual y considerando todas las circunstancias, 7.000 plazas de Medicina significaría generar, otra vez, una bolsa de paro a medio y largo plazo.

Consideran que la formación consta de Facultad de Medicina más MIR y, por tanto, tiene que existir una coordinación entre los estudiantes que salen de la Universidad y los que pueden entrar a hacer el MIR, pues de lo contrario se produciría un grave problema, opinión compartida por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

5.3. COLEGIOS PROFESIONALES

El informe de la Organización Médica Colegial (OMC)⁴⁰ establece como en algunas Comunidades Autónomas como Aragón, Navarra y Madrid se superan los 500 médicos/100.000 habitantes, mientras que otras como Castilla La Mancha, Murcia, Ceuta y Melilla la cifra es inferior a los 350 médicos/100.000 habitantes.

Se observan grandes desigualdades con plantillas sobredimensionadas en algunas especialidades o servicios y otras carentes del personal necesario, en palabras del presidente de la OMC Juan José Rodríguez Sendín⁴⁰ el problema no es de oferta, si no de demanda regulada imprevista o no planificada.

La OMC considera que la situación actualmente generada puede incluso empeorarse, aludiendo al cada vez menor tiempo disponible por cada médico, el envejecimiento de la profesión, la segmentación de las especializaciones, la creciente feminización, de las condiciones laborales (no reconocimiento comunitario, malas retribuciones y contratos), la ampliación de la formación vía MIR, las pérdidas en competencias, autonomía e independencia de la atención primaria y a los componentes que hacen más atractivos unos lugares que otros, a algunas especialidades en lugar de otras, o al sector privado en vez del público. Paradójicamente el mercado externo es más flexible que el interno y este hecho incide en que la cuarta parte de los médicos formados en España busque trabajo en el extranjero, pues resulta más fácil que trasladarse a otra comunidad autónoma.

Más que la falta de médicos el verdadero problema de los recursos humanos radica en el inadecuado trato de las Administraciones hacia algunos de sus profesionales, sobre todo en Atención Primaria.

Para Francisco Toquero, anterior Vicesecretario de la OMC, "no faltan médicos, sino que faltan médicos para hacer lo que quieren hacer las administraciones, que es que haya médicos que acepten contratos basura". "Con crear Facultades y aumentar las plazas sólo se está engañando, sobre todo al estudiante", prosiguió, "que tiene más papeletas de ir al paro"; y recordó que formar a un médico "cuesta a la sociedad un millón de euros"; una cifra que dijo que no se puede "despilfarrar".

Según Isacio Sigüero, anterior presidente de la OMC, "el problema se solucionaría si se diese el reconocimiento profesional y la retribución adecuada a los 8.000 profesionales formados en España que ahora trabajan en el extranjero". "Por no hacer las cosas bien en su momento, ahora tenemos que traer a profesionales que pueden bajar el nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud". En nuestro país no podemos admitir médicos sin una formación como la

que tiene los nuestros”, y destacó que sería necesario que “el propio empleador pusiera en marcha un sistema que vele por la correcta cualificación”⁴⁷.

5.4. SOCIEDADES CIENTÍFICAS

El elevado número de sociedades científicas existentes, obliga en este trabajo a considerar únicamente las opiniones expresadas por los organismos donde estas se aglutinan, no obstante debido a las características particulares que conlleva el déficit de facultativos en Atención Primaria, se recogen las opiniones que las sociedades de Atención Primaria han plasmado en diferentes informes.

5.4.1. FACME

La Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), que manifiesta su opinión en el Foro de la profesión médica, celebrado en marzo de este año⁴⁸ corrobora la necesidad de crear un Registro Nacional de Especialistas, mediante una solución coordinada y con una perspectiva interterritorial, y centra su interés en los aspectos relacionados con la homologación de los médicos extranjeros, que debe ser justa, controlada, igualitaria y exigente, como se le hace al médico español. La homologación debe servir también para resolver la situación de los MESTOS, en los que el reconocimiento profesional debe ir unido al académico. Insisten en la necesaria diferenciación entre quién regula la homologación del título y quién emplea al profesional. En su opinión, el Ministerio de Sanidad, a través de las Comisiones Nacionales de Especialidades, Colegios Profesionales y Sociedades Científicas, debe valorar la homologación, en tanto que la administración Central y Autonómica deben regular el flujo migratorio de profesionales (criterios formativos, competenciales, contractuales que se exigen al médico Español).

5.4.2. Sociedades de AP

Las 5 sociedades que aglutina a los médicos que trabajan en Atención Primaria 3 de medicina de familia (SEMFYC, SEMERGEN y SEMG) y 2 de pediatría (SEPEAP y AEPAP). Reclaman, en el seno de la Ponencia de Recursos Humanos el Senado, una política de personal específica y transparente, que acabe con

el déficit médico, la presión asistencial y los contratos basura. Coinciden en que el modelo sanitario, tal y como está gestionado, ya está agotado.

5.4.3. Medicina de Familia

Estas sociedades han reclamado, en la citada Ponencia del Senado, que se planifiquen y no improvisen las necesidades reales de Atención Primaria, teniendo en cuenta las siguientes premisas, que resumen la situación actual: Los profesionales que trabajan en el primer nivel, suponen el 38% de la plantilla y afrontan el 90% de los problemas de salud, bajo presión y sin medios.

La tasa de médicos recomendada por la OMS para el primer nivel es de un 60%. Hay un 27% de plazas MIR, insuficiente para cubrir la tasa de reposición actual. Para frenar la precariedad proponen más plazas MIR, más financiación, aplicación de la estrategia de AP 21⁴⁹, homologación de los médicos sin especialidad nacionales y extracomunitarios según SEMFYC, en 10 años las plantillas de primaria se han reducido un 10%, mientras que las consultas han crecido un 45%. Pasando de 21 millones de consultas a 309 millones de consultas. SEMG destaca que en primaria solo se invierte el 15% de la sanidad, excluido el gasto farmacéutico y, en la línea de la estrategia AP 21, habla de la necesidad de aumentar la inversión en un 25%.

Para SEMERGEN se debe dejar de improvisar y tomar decisiones políticas bien fundadas en un estudio que las avale. Reclaman la elaboración de un estudio socio demográfico, para analizar las necesidades sanitarias de la población y su impacto en el modelo sanitario. Y que las CCAA computen a su población laboral flotante (interinos y suplentes que trabajan por horas y por días).

En cuanto a la homologación, coinciden con el planteamiento de la FACME y plantean agilizar la convocatoria pendiente que supondría incorporar 1.400 médicos de familia, quedando aún más de 5.000 médicos generales, según estimaciones de SEMERGEN, que aunque estarán ejerciendo en el primer nivel, no han optado a dicho proceso. Instan al Ministerio a que contribuya a la normalización de la Atención Primaria de este país, a través de un nuevo proceso de homologación de todos los profesionales que aún están pendientes de ha-

cerlo, pero mediante un proceso más rápido, accesible, sostenible y eficiente. Considerando que la normalización y homogeneización de las titulaciones de todos los profesionales médicos de Atención Primaria es fundamental para estabilizar el sector y no generar tensiones e incertidumbres innecesarias⁵⁰.

5.4.4. Pediatría

Las Sociedades de Pediatras de Atención Primaria estiman un déficit de casi 1.000 profesionales, y resaltan que, teniendo los pediatras la misma presión asistencial que un médico de familia, son minoría en el Centro de Salud, por lo que es obligado un reajuste del modelo pediátrico.

AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) sostiene que ante la falta de pediatras, las autoridades sanitarias del Ministerio de Sanidad y Política Social están permitiendo la práctica profesional a especialistas extranjeros, cuya formación no está homologada. Además, considera que nadie piensa en evaluar la competencia de los mismos, ni siquiera su nivel de conocimiento de la lengua española³⁸.

Por otra parte reconoce que existen MESTOS de pediatría a los que se debería dar una oportunidad para obtener el título oficial, de forma parecida a como se hizo en el año 1999. Sería absurdo desperdiciar toda esta experiencia con argumentos corporativos. El hecho de que se esté jubilando de forma obligada, en muchas Comunidades Autónomas a pediatras con 65 años supone desaprovechar otro activo importante³⁸.

La SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria) ha elaborado el informe: "La Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria: situación actual y perspectivas de futuro⁵¹", que tiene como objetivos describir el estado actual de la profesión, conocer el estado de opinión ante esta realidad, las percepciones y expectativas de los profesionales de la pediatría, y ahondar en las propuestas de resolución.

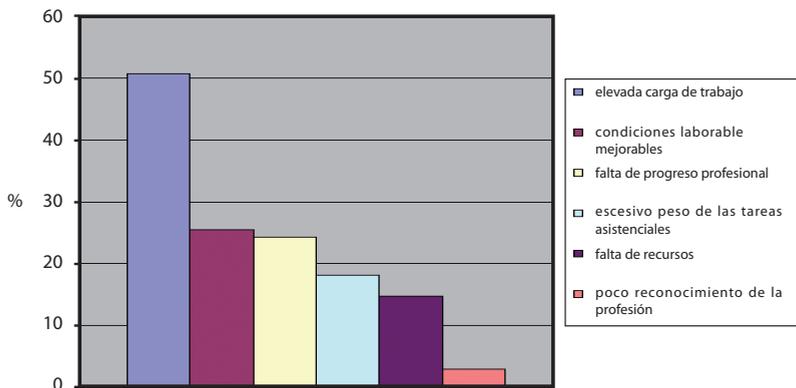
Participaron 528 pediatras de toda España (59,6% mujeres, 40,4% hombres), con una media de 21 años de ejercicio como pediatras. El grupo de edad más numeroso corresponde al de 46 a 55 años.

El cupo óptimo debería estar entre 800 y 1.000 pacientes por pediatra. Actual-

mente más del 50% de los pediatras españoles supera el cupo óptimo de niños y adolescentes atendidos, atienden una media de 32 pacientes al día, cuando el óptimo recomendado es de 21, pero en muchos casos pueden estar viendo hasta 70 al día, y dedican en promedio 9,4 minutos por paciente, mientras que lo óptimo sería 12,7 minutos. Cifra en 800 el número de pediatras que el SNS necesita incorporar para garantizar la asistencia pediátrica. Entre aquellos que llevan más de 20 años, el 24,3% afirma no haber progresado a nivel profesional. Piden un incremento de la bolsa de pediatras y enfermeros, un aumento de las plazas MIR y la prolongación de la edad de jubilación hasta los 70 años, además de una mejora de las condiciones económicas y una significativa reducción del cupo de pacientes, para que mejore una asistencia en la que constatan un alarmante grado de deterioro.

Los principales problemas que se extraen de este estudio son la falta de pediatras en Atención Primaria, una inversión inadecuada del tiempo del pediatra, la hiperfrecuentación de la población, la falta de unidad y representación de la pediatría en España y, sobre todo, la perpetuación en el tiempo de todos estos factores. El malestar de los pediatras se debe fundamentalmente a la elevada carga de trabajo, y en menor proporción a las condiciones de trabajo y el excesivo peso de las tareas asistenciales y a la falta de progreso profesional y la escasez de recursos (ver Figura 1).

Figura 1 Causas del malestar de los pediatras



Todo ello provoca una sobrecarga del trabajo del pediatra extrahospitalario y las consecuencias son evidentes: una situación laboral poco satisfactoria y dificultades para desarrollarse profesionalmente. En este marco aparecen fenómenos muy actuales como son el “burn-out”, el estrés laboral, la fuga de profesionales a la sanidad privada o a otros países, y la posibilidad de elegir destinos poco atractivos”.

Se proponen una serie de medidas ante los problemas detectados en el estudio:

- Con respecto a la falta de pediatras en Atención Primaria, se propone un aumento de la bolsa de pediatras en Atención Primaria, mediante la mejora de las condiciones laborales y el aumento de los facultativos:
 - Participación de los pediatras de hospital.
 - Ampliar número de residentes.
 - Mantener en activo los pediatras de más de 65 años.
- Para el problema de la inversión inadecuada del tiempo del pediatra, se propone una optimización del tiempo de los pediatras:
 - Reorganizar los equipos de atención primaria.
 - Aumentar la dotación de enfermeras de pediatría.
 - Redefinir funciones.
 - Ajustar la cartera de servicios.
 - Racionalización de las actividades preventivas.
 - Reducir la atención de urgencia.
- Para la hiperfrecuentación de la población, es necesario fomentar el uso racional de los servicios:
 - Educación de la población.
 - Introducción de medidas moderadoras.

5.5. SINDICATOS Y OTROS COLECTIVOS SOCIALES

Es importante destacar que la postura de las organizaciones en las que están integrados los distintos colectivos sociales coincide, en general, con los planteamientos ya expuestos, aunque la ciudadanía, a diferencia de los profesionales sanitarios, parece satisfecha con el modelo sanitario actual, aun siendo

consciente de sus deficiencias.

Tal como afirma Oteo (ENS-ISCI) "son los políticos y los profesionales los principales actores quienes solicitan una revisión del modelo desde el punto de vista organizativo. Los políticos por un tema fundamentalmente económico, mientras que lo que mueve a los profesionales a solicitar el cambio es la insatisfacción y la presión que planea sobre ellos"⁵².

Se debe promover un debate social para conocer qué quiere el ciudadano y qué puede esperar del sistema sanitario y fomentar la competencia profesional que redundará en un menor gasto. Pero también consideran oportuno realizar estudios sobre el mal uso del sistema; al ciudadano se le deben rendir cuentas, pero también se le debe exigir el autocuidado de su salud. Coinciden en que se necesita el Pacto por la Sanidad pero éste ha de ser entendible para la ciudadanía.

En ese sentido están trabajando tanto el Foro Marco para el Diálogo Social como el Foro de la profesión médica.

El Foro Marco para el Diálogo Social, integrado por representantes de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de los sindicatos más representativos: UGT, CC.OO., CEMSATSE y CIG, está adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y apoya el desarrollo de lo estipulado en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, el Foro de la profesión médica, que aglutina a representantes de CISM, OMC, FACME, Conferencia Nacional de Decanos, Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, afirma que solo será posible un Pacto por la Sanidad, si se destina a él una partida presupuestaria específica, dado el grave problema de financiación sanitaria existente.

5.6. COMITÉ INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS: PACTO POR LA SANIDAD

Los diferentes grupos parlamentarios en el Congreso y en el Senado están recibiendo información de expertos y responsables autonómicos sobre problemas y necesidades del Sistema Nacional de Salud en materia de recursos

humanos, información que debería sustentar las correspondientes medidas legislativas fruto de un consenso político-sanitario. Este consenso, cuando se pacten las conclusiones en sede parlamentaria, será una de las bases del Pacto por la Sanidad. Todo hace pensar que será necesario que transcurra algún tiempo y que se despejen problemas presupuestarios, cosa nada fácil en estos momentos de crisis económica.

Otra de las bases para el Pacto por la Sanidad en materia de recursos humanos es el deseable acuerdo en el marco institucional del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Una de las comisiones Institucionales creadas al efecto e integrada por responsables de todas las Comunidades Autónomas, es la de Recursos Humanos, que inició su andadura en el mes de julio de 2008. Su trabajo ha sido intermitente y, a día de hoy, no está concluido.

Las líneas maestras del modelo que se pacte, según la información hasta ahora disponible, deberían basarse en 5 ejes de actuación respecto a los profesionales:

- búsqueda del equilibrio entre la oferta y las necesidades.
- dotación adecuada de acuerdo a estándares aplicables al Sistema Nacional de Salud.
- adecuada motivación.
- excelencia de la formación.
- fortalecimiento del compromiso con el sistema sanitario público.

Respecto a los servicios y la atención a la población, se deberá considerar la incorporación en las estrategias de planificación y gestión de los recursos humanos otros elementos como:

- áreas de conocimiento médico emergentes.
- producción constante de conocimiento en áreas ya existentes.
- retos de atención al paciente en condiciones de seguridad clínica.
- incorporación del paciente en las decisiones individuales y estratégicas de su salud.
- necesaria sostenibilidad del sistema sanitario público.

Evidentemente todo ello deberá realizarse con la debida coherencia con las decisiones de la UE, impulsando al máximo todas las tecnologías disponibles

así como la investigación vertebrada en torno al paciente y proponiendo la definición de un modelo de gestión del conocimiento y de atención sostenible del Sistema Nacional de Salud. Para ello se deberán planificar los recursos humanos adoptando medidas que aseguren un número suficiente de profesionales para atender las necesidades del Sistema Nacional de Salud en el medio y largo plazo y para hacer frente a los desequilibrios entre oferta y demanda de profesionales y que sean consistentes con aquellas.

El estado actual de la cuestión aconseja que el Pacto por la Sanidad no solo abarque temas relacionados con la gestión de los recursos humanos, sino que se extienda a los aspectos de formación reglada de los profesionales sanitarios, a la formación continuada y al modelo de desarrollo de la carrera profesional, entendida como un elemento básico de incentivación y reconocimiento público e institucional de los profesionales.

En todo caso, al hilo de estos planteamientos, parece que podrán alcanzarse acuerdos a incorporar en el futuro pacto por la sanidades relación con las siguientes áreas:

- Planificación
 - planificar de los recursos humanos asegurando un número suficiente de profesionales, adaptando la oferta y la demanda de éstos a las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud.
 - establecer las herramientas necesarias para la planificación del Sistema Nacional de Salud, entre las que sugieren como prioritarias el desarrollo del registro de profesionales sanitarios.
 - definir los perfiles competenciales de las distintas profesiones sanitarias, valorando su incidencia en la organización de los servicios de salud
 - reforzar la relación entre las administraciones educativas y universitarias para el establecimiento de nuevos marcos de trabajo y que permitan avanzar en los desarrollos normativos apropiados.
 - desarrollar perfiles profesionales de gestión y servicios (técnicos, juristas, economistas, sociólogos, psicólogos, profesores de primaria y secundaria, etc.,) necesarios para un buen funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

- Gestión de personal y organización de los servicios.
 - desarrollar un sistema de información de Recursos Humanos para el Sistema Nacional de Salud, que forme parte y dé soporte a un Observatorio de Políticas de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y donde se recoja información sobre carrera profesional, retribuciones, jornadas, categorías y pactos sociales de las diferentes Administraciones.
 - acordar políticas comunes sobre aspectos relacionados con aplicación de normativa básica aplicable a la relación funcional especial del personal estatutario, clarificando los problemas de solapamiento normativo.
 - desarrollar un marco estratégico común sobre retribuciones, condiciones laborales, selección, provisión de plazas, traslados y categorías profesionales.
 - garantizar la incorporación del reconocimiento adecuado de la formación y la investigación potenciando el papel de ambas en la carrera de los profesionales del sistema sanitario así como impulsar líneas de investigación en sociedad y salud.
 - analizar el impacto de la feminización de las profesiones sanitarias.
 - mantener en el Ministerio de Sanidad y Política Social un sistema actualizado de categorías profesionales existentes en cada servicio de salud, y homologadas, que garantice el derecho de libre circulación o movilidad de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
 - fomentar el análisis y participación, de las Administraciones Sanitarias autonómicas y estatal, en materias objeto de negociación de los servicios de salud en la Mesa General de Negociación.
- Formación
 - adaptar los sistemas de formación especializada a las necesidades de los profesionales, de la sociedad y de los servicios de salud, desarrollando el sistema troncal de formación especializada, regulando la reespecialización, desarrollando las Áreas de Capacitación Específica (ACES) y potenciando el desarrollo profesional continuo. Para ello:

- se impulsará la troncalidad de las especialidades sanitarias.
- se revisaran y actualizará el catálogo de especialidades.
- se definirán los diferentes modelos de reespecialización.
- se definirán las diferentes ACES, en consonancia con el modelo formativo resultante y se promoverá la identificación de una red de servicios acreditados para la formación en ACES.
- se consolidará el sistema de acreditación de actividades de formación continuada del Sistema Nacional de Salud, se impulsará la certificación y recertificación de los profesionales promoviendo la coordinación entre los diferentes órganos de las comunidades autónomas y las agencias certificadoras.
- adecuar la oferta de plazas y los contenidos formativos de las diferentes titulaciones sanitarias, así como la titulación de los especialistas a la capacidad docente del Sistema Nacional de Salud garantizando el nivel de calidad y el carácter continuo de la formación.
- completar el desarrollo del Real Decreto 183 y su aplicación a las Comisiones de Docencia y demás estructuras docentes, como elemento de mejora en la gestión de la formación especializada.
- potenciar la formación en diseño curricular y en metodologías docentes para profesionales sanitarios.
- impulsar el conocimiento y desarrollo de competencias de acción socio-sanitaria de los profesionales del sistema nacional de salud.
- Coordinación y cohesión
 - la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creada por la LOPS, se considera el órgano de coordinación y cohesión adecuado para la definición de las estrategias concretas en el desarrollo de los diferentes acuerdos alcanzados por el Comité Institucional de recursos humanos.
 - debe estimularse que, tanto en Comisión Técnica Delegada como en el Pleno, se establezca un funcionamiento suficientemente dinámico que posibilite el debate específico de cada uno de los temas del Pacto en el ámbito de los recursos humanos.

- Estrategias de cooperación internacional en materia de recursos humanos
 - se definirán estrategias básicas comunes de cooperación para la formación de profesionales sanitarios, con la intención de colaborar en el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo.
 - se establecerán las bases para modelos de colaboración bidireccional con los países proveedores de profesionales sanitarios que garanticen el respeto a los criterios éticos para su reclutamiento y la formación de calidad de estos profesionales.
 - se diseñarán líneas comunes de colaboración con los servicios asistenciales y centros de formación de profesionales sanitarios de excelencia en los diferentes países europeos.

Esta iniciativa sin duda deseable e impecable en su planteamiento teórico, podría, en nuestra opinión, correr el riesgo de contribuir a perpetuar errores de consecuencia imprevisibles, si se plantea sin financiación adecuada y sostenida en el tiempo o desconociendo los problemas organizativos y socio-sanitarios, del modelo vigente en España⁵³.

ORIGEN DE LAS CARENCIAS DETECTADAS

La necesidad de incrementar el número de médicos que se detecta en todas las Comunidades Autónomas tiene su origen en diferentes razones, unas son sociológicas, otras son demográficas y otras organizativas del propio Sistema Nacional de Salud. Todas estas razones incluyen exigencias de la modificación del acto médico, no sólo por parte de la sociedad sino también por parte de los profesionales.

La inminente jubilación “masiva” de un colectivo que entendía y atendía a aspectos más vocacionales de la profesión, dará pie a un recambio generacional que exige en el sistema público una recuperación de la consideración social y profesional que antaño la medicina había tenido. Por esta razón jóvenes especialistas bien formados se incorporan nada más terminan la formación a la actividad privada descartando la pública o buscándola fuera de nuestras fronteras donde, además, está considerablemente mejor remunerada.

El déficit de recursos humanos tendría en nuestro país un doble origen: el nivel de los salarios y las barreras de entrada tanto a la profesión como a la movilidad entre Comunidades Autónomas e internacional.

El “numerus clausus” no aumentó hasta el curso pasado, y el de plazas de MIR crecía lenta y desigualmente. El total de efectivos en activo se ha mantenido más o menos estable creciendo a un ritmo muy inferior al ritmo de crecimiento de las respectivas demandas.

Estas situaciones además de en dificultades de gestión se traducen en desmotivación y descontento profesional de los médicos, cuyas retribuciones y condiciones de trabajo distan de ser las que esperan en función de dedicación y compromiso personal, social y profesional.

1 • RAZONES SOCIOLÓGICAS

Los cambios conceptuales fundamentales, el progreso y la tecnología, han sido, sin duda, los motores que han impulsado la reorientación de los paradigmas sanitarios. En menos de dos siglos hemos pasado de un paradigma de supervivencia a un paradigma asistencial y al actual paradigma preventivo, focalizado en los grupos de riesgo. La salud ha dejado de ser entendida como ausencia de enfermedad y por lo tanto de focalizarse en “un número limitado” de pacientes para entenderse como un bienestar bio-psico-social y más aún como un derecho que implica a toda la población.

La demanda de la sociedad a partir del cambio de la orientación de la práctica médica hacia los grupos de riesgo se ha hecho progresivamente infinita. La intervención médica sobre los cuerpos implica a sujetos sanos, pero introduce la enfermedad como probabilidad. En la práctica, ese cambio de orientación de la medicina clínica es lo que ha llevado posiblemente a la mayor extensión de la intervención sanitaria que se haya producido jamás, en la medida en que incluye no sólo al individuo enfermo, sino también al individuo sano; es decir, a cualquiera, puesto que atiende no sólo la enfermedad, sino también la salud; es decir, a toda la experiencia vital del sujeto.

1.1. ADECUARSE A LOS TIEMPOS

En los próximos años Europa tendrá una amplia y creciente población de personas mayores de 65 años que lógicamente padecerán procesos crónicos; por lo tanto deberán ser entendidos y atendidos, no como enfermos si no como personas con una salud diferenciada.

El perfil no será, por tanto, el de una persona con una enfermedad aguda y compleja, que requiere sofisticados métodos diagnósticos y terapéuticos, sino el de una persona que acumulará numerosos procesos crónicos, fácilmente diagnosticables y de baja complejidad, aunque sin curación, que requerirá un número importante de cuidados y generará diferentes niveles de dependencia, siendo necesario atender sus cada vez mayores necesidades sociales. Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo plantea

efectos deletéreos en la conformación de las redes de cuidados informales, será necesario recurrir a cuidadores profesionales y fomentar los llamados hospitales y residencias de día para las personas mayores y enfermos crónicos que requieran estos cuidados.

El desarrollo tecnológico, muy especialmente de las tecnologías de la comunicación, ya posibilita la teleasistencia, que nadie discute en el contexto social, pero que sin embargo genera polémica en el contexto sanitario, sin duda habrá que incorporar el uso de estas tecnologías que favorecen la calidad de vida y la frecuentación, pero que exigen un replanteamiento de la actuación no sólo médica y de enfermera sino también de la propia teleasistencia. Además también es posible mediante video-conferencia, video-streaming, etc. realizar "actos médicos a distancia".

Esta reflexión obliga a contemplar, una visión más amplia de las necesidades que no serán sólo de médicos, si no que habrían de extenderse a otros profesionales de la salud, por lo que tendría sentido repensar la profesión sanitaria⁵⁴.

En torno a la composición del mapa cualitativo de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, para el futuro, existen dos hechos inminentes que deben ser entendidos como dos oportunidades para materializar un cambio cualitativo: el Espacio Europeo de Estudios Superiores, que abre nuevas expectativas para otros profesionales de la salud, y la insostenibilidad del modelo sanitario actual^{53,55}

La sociedad actual reivindica que el paciente sea también gestor de su propia salud y participe en la toma de decisiones a este respecto, por lo que congruentemente habrá que considerar las actitudes y creencias del paciente⁵⁶, máxime cuando nuestro país presenta una tasa de inmigración elevada, con tendencia creciente. Vivimos, pues, en un ambiente de multiculturalidad y en algunas de estas culturas imperan patrones de salud-enfermedad diferentes y ¿contrapuestos? a los occidentales.

Se sabe que la curva de la demanda es infinita y, por el contrario, los recursos son limitados. En la práctica se carece de un estudio exhaustivo de las verdaderas necesidades sanitarias de la población, que tienden, en virtud de la co-

mentada demanda, a ser excesivas y que, por otra parte, son fácilmente inducibles, dadas las expectativas de “curación universal” que se generan diariamente en los medios de comunicación.

Esto conduce lamentablemente, en no pocas ocasiones, a que los decisores sucumban a estas presiones de la ciudadanía y de los medios de comunicación y se adopten decisiones críticas para una correcta planificación y gestión sanitaria, sin sustentarse en el análisis adecuado de la situación.

El Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index (EHCI), recientemente publicado⁵⁷, es una herramienta de medida que compara a través de 38 indicadores, 33 sistemas nacionales de salud europeos.

Pese a que España es uno de los países de todo el mundo que tiene más médicos por cada 100.000 habitantes y que dedica el 8,6% del PIB al gasto sanitario, ocupando el puesto 12 de los países con más gasto sanitario del mundo, se pone en evidencia que el Sistema Nacional de Salud se deteriora año tras año, rindiendo muy por debajo de lo que se podría esperar. Se necesita, cada vez más urgentemente, cambios profundos que provoquen una mayor eficiencia y calidad⁵⁷.

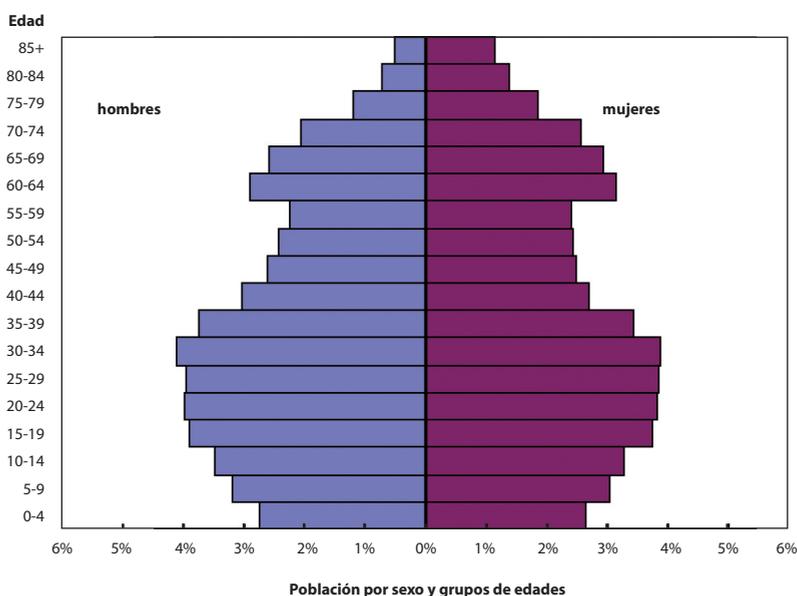
El EHCI sitúa a España en el puesto 21 por detrás de Hungría y por delante de Croacia, con puntuación similar a la de países del Este de Europa, con 630 puntos de los 1000 posibles, lejos de países centro europeos de nuestro entorno. Sorprende la puntuación obtenida, que contrasta con el sentimiento instalado en la Administración y en la sociedad de que nuestro país ofrece una sanidad puntera y de excelencia. Quizás esto ha sido así durante años, pero no en la actualidad, ya que España puntúa bajo, incluso en categorías fáciles de mejorar como derechos del paciente e información o e-health. El EHCI destaca que el sistema de salud público español parece incapaz de desarrollar una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de los servicios que ofrece, lo que explica el gran desarrollo que ha sufrido el sector privado en los últimos años. A la vista de los resultados de este estudio, sería conveniente abandonar el discurso triunfalista y reflexionar sobre la urgente necesidad de un cambio de

modelo sanitario más acorde a las necesidades sanitarias de la sociedad del siglo XXI.

1.2. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

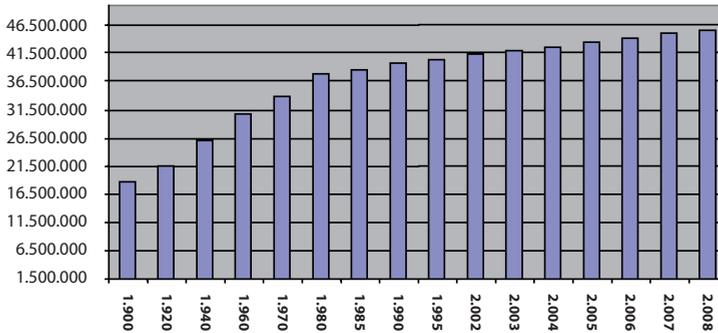
El siglo XX ha sido testigo de la mayor explosión demográfica en nuestro país (Figura 2), pasando de unos 18,6 millones de habitantes en el año 1.900, a sobrepasar los 40 millones en el año 2.000⁵⁸, superando en la actualidad los 46 millones de habitantes.

Figura 2 Pirámide de población española



El siglo XXI sin embargo se caracteriza por una moderación en el crecimiento demográfico que además se debe, en gran parte al significativo aumento de la población extranjera, registrado en los últimos años. De los 45,2 millones de habitantes residentes en España, a 1 de enero de 2007, 4,5 millones son extranjeros y representan el 10% de la población empadronada (Figura 3).

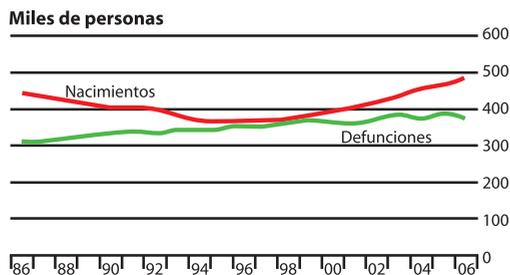
Figura 3 Evolución del crecimiento demográfico



Según fuentes del INE⁵⁸ el crecimiento vegetativo, definido como la diferencia entre el número de nacimientos y de defunciones, va en aumento (Figura 4). En el año 2006 dicho crecimiento, de 111.479 habitantes supone un 41,1% más que la cifra registrada durante el año anterior.

Aunque se aprecia una marcada diferencia en función de las regiones. Así, los valores más altos se registran en la Región de Murcia (6,21%), Comunidad de Madrid (5,35%) e Islas Baleares (4,43%); las comunidades con más defunciones que nacimientos son Principado de Asturias (-4,49%), Galicia (-2,94%) y Castilla León (-2,57%); Cantabria y Aragón también tienen saldos negativos, aunque menores (-0,39% y -0,56%, respectivamente).

Figura 4 Crecimiento natural de la población



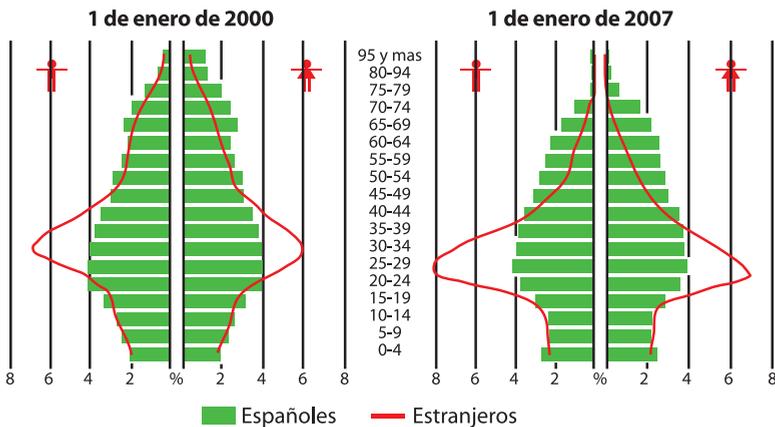
Alrededor de la quinta parte (14,3%) de la población española corresponde a menores de 15 años. Siendo por comunidades Ceuta y Melilla las que tienen

un porcentaje mayor (20%); seguidas de la Región de Murcia (17,1%) y el Principado de Asturias (10%), la que registra el porcentaje más bajo. La población de 65 o más años representa un 16,7% del total. Las comunidades autónomas del noroeste peninsular (Castilla y León, Principado de Asturias y Galicia), y Aragón, son las más envejecidas superando el 20% de la población.

La densidad media en España es de 89,3 habitantes por km², pero existen grandes diferencias territoriales. Ceuta, Melilla (5.177 hab/km² y 3.933 hab/km², respectivamente), y Madrid (758 hab/km²), tienen la mayor densidad de población mientras que Extremadura (26 hab/km²) y Castilla-La Mancha (25 hab/km²) tienen la menor.

La distribución por sexos entre los españoles, muestra una tendencia estable, manteniéndose las proporciones (49% hombres y 51% mujeres). Sin embargo, entre los extranjeros, el 53% son hombres y el 47% son mujeres⁵⁸ (Figura 5).

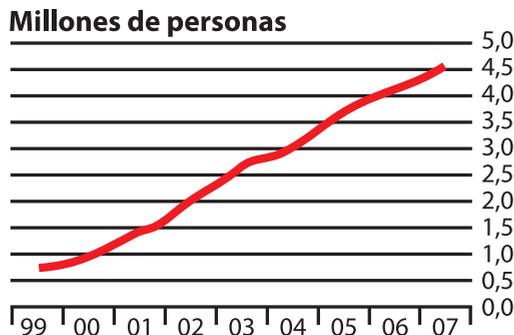
Figura 5 Pirámide de población nacional y extranjera



En el año 2006, el número de españoles experimenta un aumento neto de 116.385 (0,3%) y el de extranjeros, de 375.388 (9,1%). En términos relativos, los mayores incrementos de población se producen en Melilla (3,8%), Islas Baleares (3,0%) y Castilla-La Mancha (2,3%). Los menores aumentos se dan en Castilla y León y Galicia (un 0,2%), Extremadura (0,3%) y País Vasco (0,4%). El Prin-

cipado de Asturias es la excepción, ya que disminuye su población un 0,2%. Un tercio de la población reside en municipios pequeños de menos de 20.000 habitantes (32,8%). La tercera parte de la población reside en municipios que son capitales de provincia (32,9%), Madrid lidera las capitales de provincia con más población. A 1 de enero de 2007, hay más de tres millones de personas empadronadas en la ciudad, y de los cinco municipios con más población (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Zaragoza), sólo Madrid y Zaragoza aumentan la cifra de empadronados con respecto al año anterior⁵⁸. En el momento actual España presenta el mayor saldo migratorio de la Unión Europea. Según Eurostat⁵⁹, se sitúa a 1 de enero de 2007 por encima de los 650.000 inmigrantes netos (Figura 6 y Figura 7). A cierta distancia le sigue Italia, con 454.000 habitantes, y Reino Unido, con 247.000. En 2007, el 10% de los residentes son extranjeros, cifra que asciende a 4,5 millones de habitantes. Las comunidades con mayor porcentaje de extranjeros residentes son Islas Baleares (18,5%), Comunidad Valenciana (15%), Región de Murcia (14,5%) y Comunidad de Madrid (14,3%). En el extremo opuesto, Extremadura y Galicia destacan por la baja proporción (2,7% y 2,9% respectivamente).

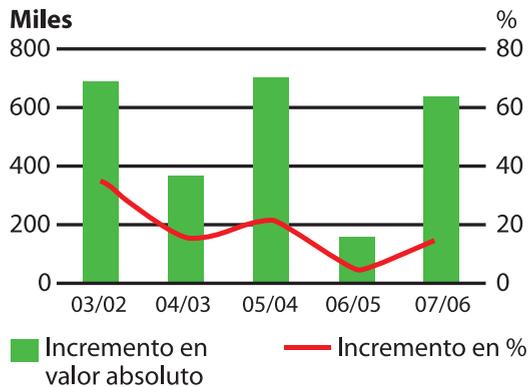
Figura 6 Población extranjera



Entre la población extranjera, la nacionalidad predominante es la marroquí (582.923), por tercer año consecutivo. Le siguen rumanos (527.019) y ecuator-

rianos (427.099). Con respecto al año anterior, el mayor incremento se da en los bolivianos (43,4%) y rumanos (29,4%). En retroceso se encuentran los originarios de Ecuador (-7,4%), Argentina (-6,1%) y Colombia (-1,4%). El grupo de edad entre 25 y 29 años supone el 15% de la población extranjera, casi el doble de lo que representa este mismo colectivo entre los españoles, lo que contribuye al rejuvenecimiento demográfico de la población general. Por sexos, las proporciones más altas de mujeres se encuentran entre colombianos y bolivianos (por encima del 56%), y las más bajas, entre marroquíes (35,6%) y portugueses (38,3%).

Figura 7 Variación interanual de extranjeros



1.3. ROL Y CONSIDERACIÓN SOCIAL DEL MÉDICO

Clásicamente, el medico ha sido bien valorado en su entorno social, pues se le consideraba "sabio y benefactor"; por lo que el ejercicio de la profesión suponía un gran atractivo social y económico como profesión liberal. Este hecho explica en parte el gran número de estudiantes de medicina, sin olvidar que en la década de los 70 las Facultades obtenían parte de su presupuesto en función del número de alumnos matriculados.

El pico máximo se produce en el año 1977 con unos 22.500 estudiantes, que

tiene su reflejo en el número máximo de licenciados en Medicina que se alcanza en el año 1983, con unos 10.300 y que no se estabiliza hasta el año 1993, con una salida de unos 4.600 licenciados por año⁶⁰.

En la década de los 80 se produce un desmoronamiento del *status* de los médicos debido a la salida de las primeras promociones masivas de médicos de las Facultades y sobre todo a la socialización y “funcionarización” de la profesión, por una intervención del Estado como empleador casi único que transforma en asalariados a la mayor parte de los profesionales de la Medicina^{61,62}. Progresivamente se viven situaciones de tensión que debilitan y segmentan a la profesión (precariedad laboral, luchas intestinas entre diferentes colectivos sanitarios, división y subdivisión de colectivos de atención primaria y especializada, MESTOS, MESTHOS, FEAS, médicos generales, rurales, de refuerzo, de familia vía MIR, vía no MIR, pre-95, post-95, sin MIR...).

El trasfondo de dichos conflictos es casi siempre una búsqueda de espacio laboral y el condicionante base es la fecha de nacimiento o licenciatura que marca oportunidades o dificultades a criterio del legislador de turno, que facilita o endurece el acceso a las Facultades, al sistema formativo y al mercado laboral. El resultado es el desaliento de las nuevas generaciones a formarse como médicos, tendencia que minimiza el problema de los “*numerus clausus*”. Casi en paralelo a la pérdida de prestigio social del médico asistimos a un “*boom*” progresivo de otras profesiones sanitarias, más centradas en el cuidado de la persona que en su curación.

Con la aparición de las Facultades de Ciencias de la Salud se abren paradójicamente nuevas expectativas para los estudiantes interesados en abordar una visión más humanista y menos biológica de la salud, especialmente en su formación de postgrado que se orienta a enfermeras, sociólogos, psicólogos, etc. y por supuesto a médicos.

Sin embargo, el cuerpo médico gana terreno en el ámbito de la ciencia, la calidad y la excelencia. Florece la investigación sanitaria y la necesaria adecuación de la práctica de la medicina y por ende de la formación a los avances científicos y tecnológicos, prolifera la aparición de sociedades científico médicas que se erigen, “como poseedoras” del conocimiento, en líderes sociales y

mediáticos y paulatinamente se corresponsabilizan en la definición de los requisitos de acreditación del nivel de formación, de especialistas, súper-especialistas y expertos, profesionales que, a diferencia del médico “estatutario”, son muy bien valorados por la sociedad.

2• RAZONES PROFESIONALES

Una actitud de todo punto esperable del colectivo profesional, ante los numerosos y diversos obstáculos que se ha visto obligado a afrontar en los últimos 20 años, es la actual menor disponibilidad de médicos para trabajar en el sistema público de salud. Este hecho se ha visto favorecido, sin duda, en los últimos años con la proliferación de numerosos grupos hospitalarios en el ámbito privado, donde el profesional encuentra, por lo general, mayor reconocimiento a su actividad y mejor compensación económica, pero donde inexplicablemente además recupera parte del prestigio social que no obtiene en el sistema público.

La sostenida infravaloración de la Administración hacia sus profesionales, ha generado un cierto grado de insatisfacción que ha permanecido latente durante años, pero que se ha hecho, quizás con la incorporación de una generación de profesionales más jóvenes, educados en la reivindicación de sus derechos sociales, emergente y palpable ante las escasas perspectivas que ofrece el sistema.

2.1. Escasa valoración del profesional por la Administración

La OMS en su informe “colaboremos por la salud”⁶³ señala que, además de una remuneración justa y unas mayores posibilidades de formación y desarrollo continuo, el profesional debe encontrar en el sistema social y sanitario y en quienes los gestionan, los siguientes elementos:

- Reconocimiento y valoración.
- Incentivación del trabajo en equipo.
- Incentivación de la preparación personalizada.
- Potenciación de la participación en la toma de decisiones.
- Fomento de la innovación.
- Cultura de evaluación comparativa.
- Posibilidades de promoción y ascenso justas y transparentes.

La situación actual en España con médicos mayoritariamente estatutarios, está lejos de alcanzar estos elementos, por lo que se debería trabajar en esta línea, lo que sin duda facilitaría estimaciones adecuadas del número de profesionales con las capacidades pertinentes y en el lugar y sistema de salud que les corresponda⁶⁴.

2.2. Descontento de los profesionales

El descontento acumulado y creciente de los profesionales con la organización sanitaria incide en las principales funciones del médico como profesional. Como en cualquier organización, en la sanitaria se pueden distinguir mezclas en diferentes proporciones al menos cuatro tipos de estructuras culturales: las culturas de poder, de rol, de tarea y de persona⁶⁵. En las cuatro la mayoría de los profesionales sienten el descontento, lo que está dando origen a un desgaste o “burnt-out” progresivo, con el consiguiente abandono de la profesión.

La función del médico como líder y su relación con la organización sanitaria tiene que ver con la cultura de poder, las funciones investigadora y formativa tienen que ver con la cultura de tarea, y las funciones asistencial, reparadora y curativa, tienen que ver con la cultura de rol. La cultura de persona, se estructura sin forma concreta, en un conjunto desordenado resultante de las proporciones de las otras tres culturas, donde lo importante es la ayuda que recibe el individuo, como persona, dentro de la organización, lo que contribuye a los objetivos y expectativas personales.

Entre las numerosas razones que generan el descontento de los profesionales podemos enumerar las que, sin duda, han actuado como espoletas de la actual situación:

- Cultura de poder:
 - Desproporción entre el incremento de la población atendida y el incremento de la plantilla, especialmente en Atención Primaria. El incremento en el número de inmigrantes, envejecimiento de la sociedad, etc., han acentuado el problema de escasez de médicos en ciertas áreas a la vez que existe plétora en otras
 - Gestión en base a las demandas y no a las necesidades reales de los

ciudadanos, situación que conlleva a una hiperfrecuentación, insostenible aumento de la demanda y mal uso de los recursos sanitarios.

- Cultura de tarea:

- Dificultades de acceso a la formación continuada. Este es un aspecto hacia el que existe una gran sensibilidad y está dotado con importantes recursos en cualquier Organización del mundo, no importa a que actividad se dediquen. Por el contrario, es ostensiblemente ignorado en el Sistema Nacional de Salud que exhibe una preocupación continua hacia los aspectos formativos y paradójicamente permite dedicar a los profesionales escasos días a su formación, dando por hecho que la formación continuada debe alcanzarse utilizando horas de su tiempo libre. Por lo general, el Sistema Nacional de Salud, no determina ni los contenidos ni tampoco las prioridades formativas, funciones que se limita, en el mejor de los casos, a acreditar y que deja casi siempre en manos del patrocinador (generalmente la Industria Farmacéutica).

- Dificultades en el ámbito de la investigación. Perseguir el aumento del conocimiento, teniendo como eje vertebrador la curación o la mejora de la calidad de vida del paciente, es un objetivo que ha presidido siempre la tarea del médico, difícil de desligar de la tarea asistencial. La sofisticación y complejidad que el desarrollo biotecnológico está sufriendo ha otorgado un papel preponderante, especialmente en la asignación de recursos, a la investigación básica. A la vez que el Sistema Nacional de Salud ha magnificado la tarea asistencial, hasta el punto de considerar que la tarea de investigación debe hacerse, salvo excepciones, una vez terminada la tarea asistencial y siempre que no interfiera con ella, lo que supone en muchos casos que investigar se realiza a costa de una parte del tiempo libre.

El médico quiere investigar pero en muchas ocasiones la organización del sistema, la falta de apoyo, de tiempo y de infraestructuras y también el déficit formativo en ciertos aspectos cruciales para la investigación dificultan esa tarea o impiden que ésta se lleve a cabo con éxito, al faltar una cultura real de investigación en la organización del siste-

ma, volcado a la resolución inmediata de problemas agudos de salud.

- Centros de referencia en los que predomina la cultura de tarea, en relación a un proyecto y donde interesa el resultado, se busca al personal necesario, se dota de los recursos necesarios y se permite desempeñar la tarea, sin existir problema en saltarse la estructura burocrática ni en dotación de recursos. Quien tiene influencia en esta organización es el que aparece como experto, que ejerce su poder de forma directa al resto de la organización. Estas situaciones se comportan como "islas" al margen de la cultura organizativa, quien mantiene frente a ellas la doble postura de defenderlas en pro de la excelencia a la vez que considera su forma de trabajar como excepcional e inaceptable en el resto de la cultura organizacional.

Este comportamiento paradójico podría quizás explicar la tendencia actual de proliferación no sólo de "expertos", sino de "súper expertos" de diferentes subespecialidades, sin reconocimiento formal ni formación reglada, pero sin embargo bien aceptados tanto por la Administración como por la sociedad. A estos profesionales se les facilita, cuando no se les prima, la tarea formativa e investigadora, lo que, sin duda, contribuye a aumentar el "gap" de conocimiento que existe con el resto de los profesionales, que si realizan las mismas tareas lo hacen a costa de su tiempo libre.

- Cultura de rol:
 - Burocratización de la profesión especialmente en la Atención Primaria
 - Malas condiciones laborales, ya que las retribuciones asociadas a un profesional altamente cualificado deberían estar en consonancia con la del resto de los médicos europeos, que en algunos casos, llega a ganar entre dos y tres veces el salario de los médicos españoles. A lo que se añade la falta de suplentes y sobrecarga de trabajo en épocas vacacionales
- Cultura de Persona:
 - Falta del desarrollo de la tan prometida carrera profesional, con un escaso reconocimiento de la organización de los diferentes méritos pro-

fesionales, lo que genera una progresiva desvirtuación de la profesión en la que cada vez se advierten los efectos de la excesiva “funcionarización” de la medicina a la que ha sido deliberadamente sometida.

- Inequidad temporal/estatutario, produciéndose una situación cómoda de la administración al disponer de una bolsa de titulados que están en el desempleo o en el subempleo, que utilizar cuando interesa.

Según como se influya sobre la mentalidad de la organización sanitaria, ésta podrá producir básicamente dos tipos de respuestas, una en la dirección de intensificar las defensas institucionales, u otra en la dirección de favorecer un cambio cultural sociotécnico.

El patente descontento de los profesionales, está generando el primer tipo de cambio en la mentalidad del sistema que intensifica sus defensas para lograr una falsa estabilidad, agravando el descontento de los profesionales, hasta el punto de decidir abandonar el sistema, emigrando a otros países, a la práctica de la medicina privada y en los grados extremos al abandono de la profesión. La organización sanitaria debería esforzarse en dar el otro tipo de respuesta, planteando, como mínimo, un debate que promueva identificar y poner el énfasis en aquellos estímulos que favorezcan un cambio sociotécnico en la cultura de la organización sanitaria, en definitiva un cambio del modelo que obliga a repensar las profesiones relacionadas con el área de conocimiento de Ciencias de la Salud.

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

En el s XXI las políticas de recursos humanos vigentes en el Sistema Nacional de Salud, han quedado obsoletas dados los cambios educativos, profesionales, sociales y en el patrón de enfermar experimentados.

Deberán, pues, reorientarse y adaptarse para satisfacer las necesidades sociosanitarias reales de la ciudadanía y abandonar progresivamente la orientación actual, ya que están encaminadas a satisfacer las necesidades a corto y medio plazo del sistema y no del ciudadano⁶⁶.

Se dibujan cuatro áreas en las que habrá que trabajar para superar las dificultades existentes en el cuidado de salud, dibujar un nuevo modelo de provisión de servicios, mejorar la equidad y el acceso, mejorar la eficiencia y alcanzar la calidad, para ello indiscutiblemente habrá que analizar la planificación y distribución del personal (planning and staffing), formación pregrado y postgrado, la gestión y condiciones laborales. Examinando estas cuatro áreas simultáneamente la intención es abandonar el enfoque fraccionado de los recursos humanos y tomar conciencia de que únicamente las sinergias entre varios modelos de intervenciones en recursos humanos permitirán transformar el sistema sanitario.

Valorando la posición que ocupamos comparándonos con los países de nuestro entorno, respecto de diferentes indicadores del nivel sanitario, personal sanitario/100.000 habitantes y camas hospitalarias/100.000 habitantes, nuestro país ocupa en ambos casos posiciones intermedias (Figura 8, Tabla 11 y Tabla 12) contra la impresión general de que es preciso mejorar en ambos aspectos. Tal vez más que un déficit lo que existe es un desequilibrio en la distribución territorial de profesionales, como ya ha sido comentado.

Figura 8 Personal sanitario por países, periodo, categoría y por 100.000 habitantes

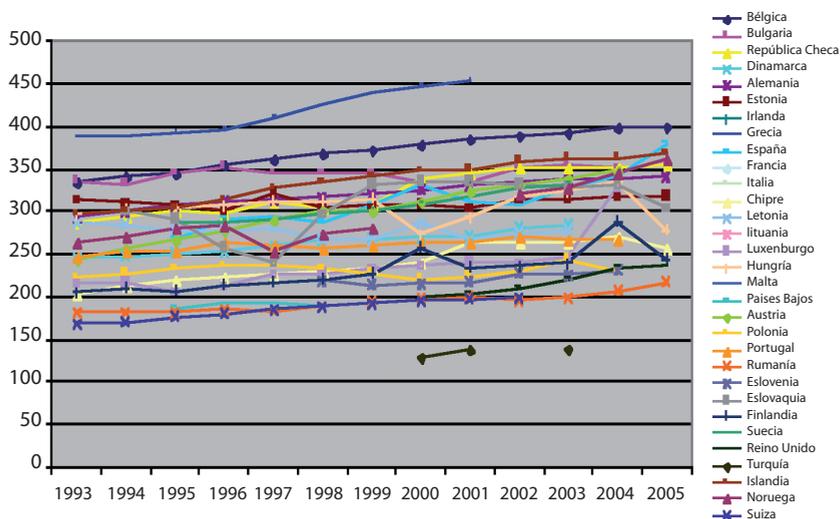


Tabla 11: Camas de hospitales por 100.000 hab, por países y periodo

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
UE 27	694,8	679,8	661,9	652,6	640,9	628,6	607,5	595,9	590,4
UE 25	685,6	673,4	656,1	645,4	633,3	622,6	604,7	592,7	586,6
UE 15	669,4	657,0	638,0	626,6	614,6	603,5	590,5	577,2	570,7
Bélgica	794,8	787,5	782,3	777,8	767,4	759,2	752,3	749,1	744,8
Bulgaria	10240	838,1	747,7	739,3	699,2	646,6	626,7	611,6	
República Checa	891,0	876,0	860,2	867,5	867,0	872,5	868,0	859,3	850,3
Dinamarca	459,8	449,5	434,4	425,1	417,7	412,8	398,0	..	
Alemania	938,0	929,3	920,2	912,2	901,9	887,8	874,4	857,6	846,4
Estonia	738,2	722,8	716,5	682,9	681,8	605,9	591,2	581,0	548,4
Irlanda	670,8	654,2	639,7	628,9	606,0	593,0	581,6	574,4	559,6
Grecia	512,4	508,0	496,6	495,2					
España	385,0	380,9	376,0	372,7	362,5	356,7	347,8	347,5	
Francia	853,1	871,4	856,3	841,7	819,4	809,7	795,5	777,6	..
Italia	582,3	548,7	486,8	470,9	461,4	444,6	417,9	400,6	400,9
Chipre	420,2	412,5	408,8	416,9	404,2	438,2	431,1	421,0	380,0
Letonia	961,3	922,2	885,2	855,1	809,5	773,4	779,3	..	..

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS E INICIATIVAS DE FUTURO

Lituania	983,0	961,5	938,0	923,2	869,4	892,8	866,1	840,8	814,7
Luxemburgo	1.066,8	1.055,1	712,5	657,1	651,7	644,3	..	..	..
Hungría	826,4	831,1	836,8	839,1	784,8	783,8	782,5	782,0	786,2
Malta	565,8	562,8	547,1	544,2	759,8	745,8	750,3	755,2	743,7
Países Bajos	520,1	512,3	505,7	492,1	464,7	459,1	440,5	438,2	437,2
Austria	736,6	723,9	878,4	698,7	853,6	845,8	835,7	776,5	770,9
Polonia	757,8	744,0	735,1	718,7	717,5	709,9	644,7	..	
Portugal	394,4	387,6	385,8	381,6	374,9	365,1	366,2	365,1	
Rumania	756,8	749,7	749,6	762,7	769,2	747,1	657,4	658,3	661,8
Eslovenia	565,3	559,1	554,0	540,6	516,9	508,9	496,0	480,1	
Eslovaquia	813,6	804,4	796,3	785,5	765,4	755,5	722,5	689,0	677,1
Finlandia	788,5	776,3	759,7	753,4	745,2	735,9	723,6	705,6	704,2
Suecia	522,1	380,4	373,8	358,5					
Reino Unido	433,4	424,7	415,7	413,1	408,5	405,3	404,6	398,3	388,7
Turquía	252,4	254,5	257,3	258,0	262,1	264,7	235,0	241,2	
Islandia							..		
Noruega	398,2	398,1	390,2	380,8		432,3	428,2	420,6	405,9
Suiza	663,7	664,0	662,7	630,5	605,8	596,9	584,4	568,9	

Tabla 12: Camas de hospitales psiquiátricos por 100.000 hab, por países y periodo

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
UE 27	78,0	75,3	71,2	69,4	66,0	64,9	62,4	60,9	60,4
UE 25	77,2	74,6	70,4	68,8	65,0	64,0	61,7	60,1	59,4
UE 15	74,6	72,2	67,4	65,6	62,9	62,1	59,6	57,8	57,1
Bélgica	259,4	259,6	259,4	259,5	252,8	249,0	248,0	248,5	250,8
Bulgaria	88,4	72,3	64,7	63,8	70,8	65,2	64,0	64,4	..
República Checa	98,8	97,7	97,3	98,0	98,8	98,4	97,8	97,4	96,2
Dinamarca	79,6	78,6	78,8	75,6	75,1	72,6	70,2	..	..
Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Estonia	93,1	84,9	78,0	75,3	70,3	64,8	58,5	52,5	53,8
Irlanda	157,4	150,5	143,2	142,1	129,1	116,8	109,3	102,3	96,7
Grecia	107,1	107,7	100,3	100,7	..	..	..	..	..
España	56,7	53,6	53,6	52,6	51,1	50,8	49,0	47,8	..
Francia	119,8	122,2	117,4	113,0	107,9	106,9	103,6	99,1	..
Italia	39,3	32,7	16,0	14,8	14,4	14,4	13,6	13,1	13,3
Chipre	55,1	50,4	50,0	46,5	35,0	37,7	32,4	31,4	31,0

Letonia	176,0	177,8	163,5	165,1	153,0	141,4	137,4	..	..
Lituania	124,2	120,0	121,0	120,9	115,4	109,8	107,5	106,5	103,7
Luxemburgo	126,4	124,9	123,3	84,9	83,8	82,9	..	..	..
Hungría	98,0	97,2	99,9	100,2	42,3	40,8	40,0	39,1	39,4
Malta	178,1	176,9	172,4	171,5	143,8	139,6	143,9	161,6	170,4
Países Bajos	171,2	166,7	165,9	163,8	154,7	152,3	127,4	126,6	131,0
Austria	72,5	67,9	63,6	62,1	53,2	68,0	62,8	62,2	61,7
Polonia	83,9	77,4	74,9	73,4	72,5	72,0	70,5	..	..
Portugal	70,7	68,8	67,6	66,2	65,5	61,8	63,4	..	..
Rumania	91,5	90,8	91,2	83,6	83,9	83,1	76,3	76,0	79,7
Eslovenia	79,7	79,8	77,7	76,7	75,2	74,1	73,7	73,7	..
Eslovaquia	92,9	92,7	92,7	93,4	92,8	93,9	89,6	86,6	83,5
Finlandia	113,7	108,8	106,0	102,9	100,8	100,9	98,0	95,6	93,1
Suecia	70,9	66,4	65,3	62,8	..	..	..	..	..
Reino Unido	103,0	98,7	93,1	90,9	85,9	83,2	81,8	77,9	73,7
Turquía	12,8	12,6	12,5	12,4	12,5	12,5	11,9	12,1	..
Islandia	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Noruega	70,9	72,2	70,9	69,4	..	116,1	113,3	107,9	100,2
Suiza	113,6	119,8	120,5	119,9	113,2	110,6	107,8	106,9	..

El informe salud 2000 de la OMS⁶⁷ define los recursos humanos en salud como el conjunto de todos los individuos involucrados en la promoción, protección o mejora de la salud de las poblaciones (Tabla 13).

Tabla 13: Profesionales involucrados

Trabajadores visibles (Contacto directo con paciente)	Trabajadores invisibles (Sin contacto directo con paciente)	Red apoyo
Médicos	Cocineros	Medicinas complementarias
Enfermeras	Informáticos	Voluntarios
Matronas	Economistas	
Fisioterapeutas	Documentalistas	
Auxiliares		
Administrativos		
Celadores		
Farmacéuticos		
Trabajadores sociales		

En este amplio espectro los médicos desempeñan un papel primordial, dado que son dispensadores de servicios de salud esenciales, pero también dada su influencia en la organización del sistema de salud y de la utilización de los recursos.

Sin olvidar que la enfermería es el grupo más numeroso de cualquier sistema de salud y que se ha ido involucrando en numerosas tareas transversales, por lo que desempeña un complejo rol que incorpora funciones muy diversas que van desde los cuidados, la educación para la salud, la coordinación, la integración... hasta la gestión y que han sido los verdaderos agentes del cambio en los modelos sanitarios.

Estos dos colectivos tienen una especial sensibilización a la necesidad de implantar reformas estructurales del sistema sanitario incorporando el eje sociosanitario y todos ellos son conscientes de que la provisión de servicios de salud implica actualmente una fuerte interdependencia entre múltiples grupos profesionales, por lo que independientemente de su complejidad se requiere diseñar políticas que incidan en la gestión de todos los proveedores de salud.

Es evidente que falta personal. El Informe de la OMS "Colaboremos por la salud"⁶³, efectuado sobre 57 naciones, concreta el déficit mundial de personal sanitario en 2,4 millones de personas, y denuncia la existencia de una escasez crónica de trabajadores sanitarios bien preparados, realidad que se ceba en los países con menos recursos y en consecuencia con menores niveles de salud.

América, con una carga de morbilidad del 10% dispone de más de la mitad de la financiación mundial sanitaria y cuenta con el 37% del personal sanitario mundial. En el otro extremo África, con una carga de morbilidad del 24% sólo dispone del 15% del gasto mundial en sanidad y tiene el 3% del personal sanitario total.

En la sanidad mundial trabajan a jornada completa remunerada 59,3 millones de personas, siete de cada 10 son profesionales sanitarios o dispensadores de servicios de salud, ya sean médicos, personal de enfermería, matronas o fisioterapeutas y las dos terceras partes de estos profesionales realizan su labor en el sector público.

Aunque se reconoce la ausencia de información fiable, en España, como ya hemos dicho antes, es opinión generalizada que faltan anestesistas, pediatras, psi-

quiabras, radiólogos y ginecólogos, especialmente en hospitales más periféricos y médicos de Atención Primaria en territorio rural³⁹.

Las nuevas políticas de Atención Primaria se basan en las experiencias de “Kaiser Permanente” en California, y del “Primary Care Trusts” del Reino Unido^{68,69}. Pero ni la Administración Central ni las Comunidades Autónomas apuestan realmente por la Atención Primaria.

Así lo demuestra el gasto destinado a ese nivel en relación al gasto total en sanidad (alrededor del 30% del gasto, incluyendo el coste farmacéutico⁷⁰), existiendo además importantes desigualdades entre Comunidades Autónomas (Tabla 14).

Tabla 14 : Gasto para AP

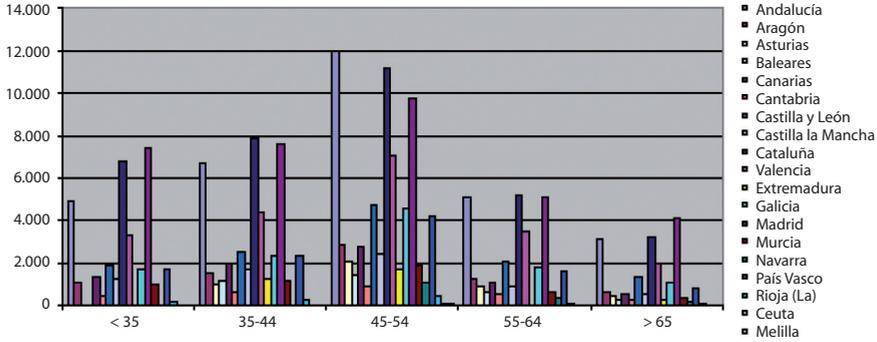
Comunidad	% gasto
Ceuta y Melilla	22
Extremadura	18,85
Andalucía	16,4
Galicia	11,9
Madrid	11,7
Canarias	11,2
Cantabria	11

Todavía hay algunos problemas sin resolver que afectan a los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud: escasez de médicos en algunas especialidades y exceso en otras, diferencias en condiciones de accesibilidad y del trabajo del médico entre regiones, escaso ratio médico/enfermera, descontento del funcionamiento entre profesionales de la salud debido a malas condiciones de trabajo, nuevas demandas de los profesionales de salud que vienen de nuevas maneras de organización de la provisión de servicios, etc.⁶⁶.

1 • BOLSA CRECIENTE DE MÉDICOS JUBILADOS

Examinando la demografía de la profesión médica, podemos comprobar que se trata de una profesión en la que la mayoría del activo supera los 45 años, lo que no es de extrañar dado el largo periodo de formación exigida para ejercer (Figura 9).

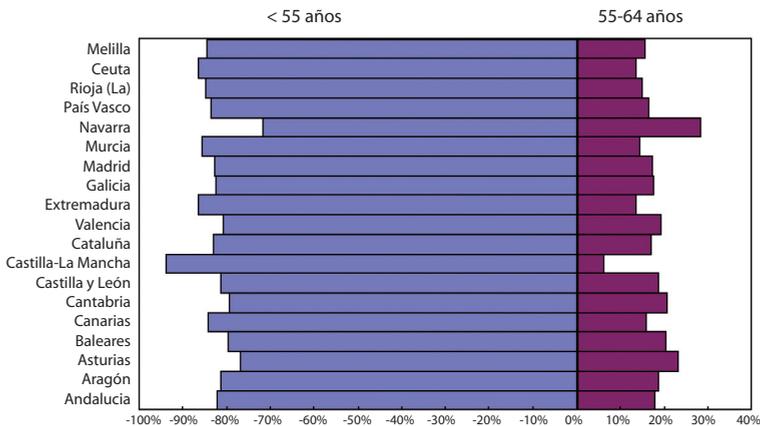
Figura 9 Médicos por CCAA



La medicina es pues una profesión envejecida y aunque parecería cubierto el relevo generacional (Figura 10), éste puede plantear problemas especialmente en la atención hospitalaria.

Llama la atención que en la planificación sanitaria no se haya tenido en cuenta el envejecimiento natural de la plantilla hospitalaria, especialmente cuando la mayoría de los profesionales contratados, cuando se crearon los hospitales a partir de la década de los 60, pertenecen al mismo tramo de edad, la generación del “baby boom” que, según la normativa vigente, se jubilará en los próximos 10 años. Esto sin duda va a dar lugar a una bolsa creciente de médicos jubilados para la que no ha sido suficientemente contemplado el relevo generacional.

Figura 10 Envejecimiento de la profesión



La Figura 11 y la Figura 12 permiten apreciar la magnitud del problema por Comunidades Autónomas, como podemos ver Galicia, Cantabria, Madrid y Castilla y León son Comunidades Autónomas en las que las plantillas se han empobrecido en alrededor del 6% de sus efectivos.

Figura 11 Médicos 65-69 años por CCAA

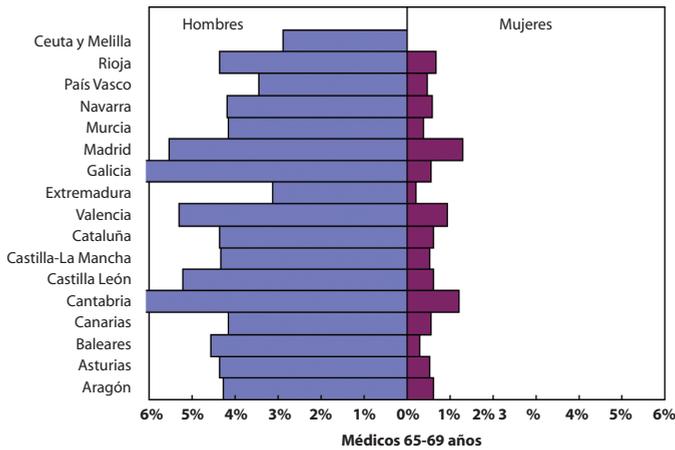
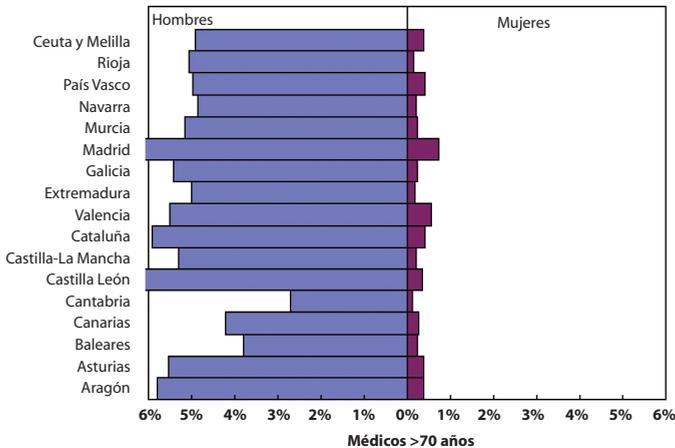


Figura 12 Médicos >70 años por CCAA



El problema, grave de por sí, se incrementa si se tienen en cuenta que con las malas condiciones laborales, están aumentando considerablemente situaciones de estrés laboral, "burn out", etc. que producen un mayor número de bajas laborales y cese del

ejercicio, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) ha publicado recientemente el informe anual sobre demografía 2007³⁹ en el que la distribución de las 752 bajas es: jubilación 31%, traslado a otra provincia 39,7%, traslado a otro país 18,7%, defunciones 8,9%, enfermedades 0,6%, cese en ejercicio 2,95%.

2• FEMINIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

La entrada de las mujeres en el mercado de trabajo, experimentada durante los últimos decenios en nuestra sociedad, se refleja de forma patente en el ejercicio de la medicina. Este fenómeno se aprecia de forma global, pero comparando las cifras evolutivas en los diferentes países sorprende comprobar que España es quizás el país de la UE en el que la feminización de la profesión médica adquiere su máxima expresión en los últimos 20 años (ver Tabla 15), ya que Holanda país en el que también se incrementa en grado similar el número de mujeres médicos solamente alcanza un 37% frente al 46% de nuestro país.

Tabla 15: % médicos mujeres por países (1980-2003)

País	Año 1980	Año 2003	Incremento
Polonia	54	54	0
Finlandia	37	53	16
Chequia	46	52	6
Hungría	48	51	3
España	29	46	17
Portugal	31	46	15
Suecia	22	41	19
Dinamarca	27	41	14
Irlanda	-	37	-
Holanda	20	37	17
Francia	25	37	12
Alemania	33	37	4
Australia	16	35	19
Austria	21	35	14
Noruega	25	35	10
Canadá	17	33	16
Suiza	17	33	16
Islandia	10	25	15

EEUU	8	23	15
Japón	10	16	6
Fuente OCDE ⁷¹			

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, en el 2004 había en España 194.668 médicos colegiados, de los que el 41,37% eran mujeres, manteniéndose la tendencia, no solo a nivel nacional (Figura 13) sino también en las comunidades autónomas (Figura 14).

Figura 13 Médicos por año y sexo

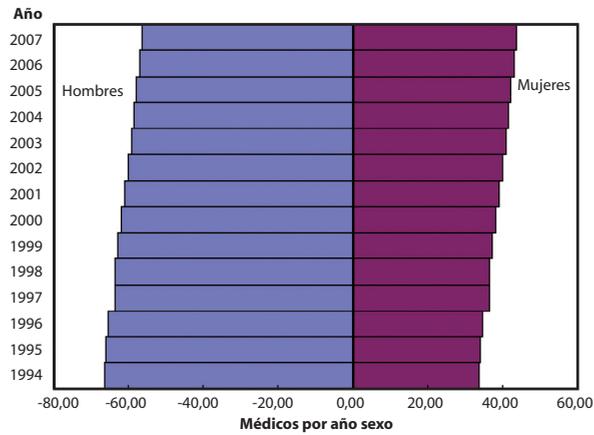
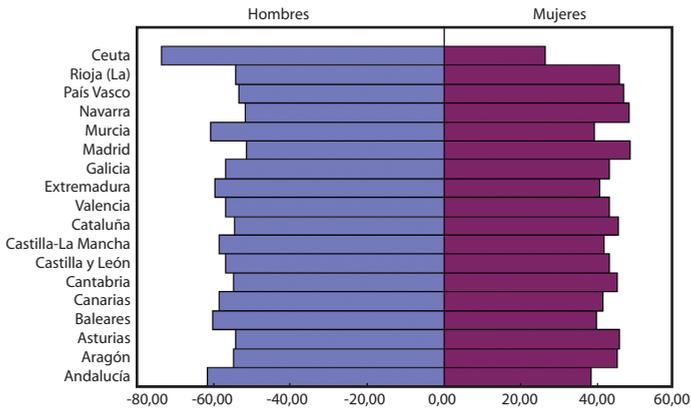
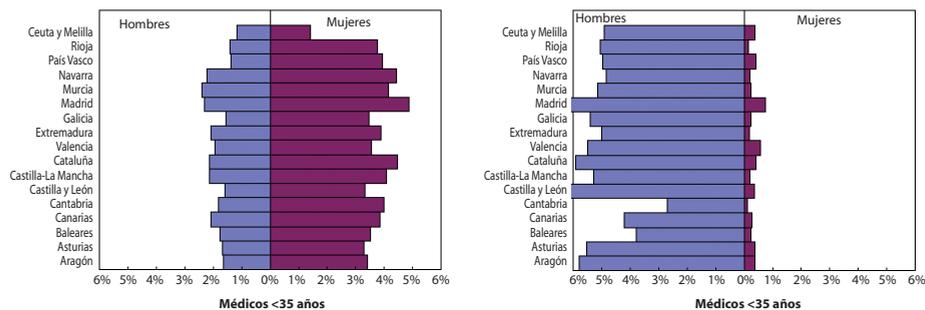


Figura 14 Médicos por año, sexo y CCAA



La feminización, en todas las Comunidades Autónomas es mucho más marcada en menores de 45 años (el 44% de todos los profesionales), dónde el porcentaje de mujeres supone el 57,8% (Tabla 16).

Tabla 16: Médicos por edades y por Comunidades Autónomas (2004)



La evidente feminización afecta no sólo a la profesión médica, sino que se detecta en todas las profesiones relacionadas con las ciencias de la salud (Tabla 17).

Tabla 17: % de mujeres colegiadas en 2004

Profesión	% Mujeres
Total	61,71
Medicina	41,37
Odontología y Estomatología	40,46
Farmacias	68,28
Veterinaria	35,10
Enfermería	81,61
Matronas	94,63

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer

Las mujeres suponen el 62% del total de profesionales sanitarios colegiados, lo que refleja la progresiva feminización de las profesiones sanitarias en su conjunto y especialmente de la medicina (Tabla 18).

Tabla 18: feminización de la profesión médica

Año	% Feminización por promociones	% Feminización global
1955-1959	7,94	-

1960-1964	8,56	-
1965-1969	17,53	14,43
1970-1974	25,04	20,92
1975-1979	32,86	28,84
1990-1994	41,26	35,89
1985-1989	49,89	40,40
1990-1994	56,20	44,48
1995-1999	67,94	46,19
Fuente fundación CESM ⁷²		

Lo mismo se puede afirmar en relación a las Sociedades Profesionales, la proporción de mujeres asociadas varía desde el 17% en sociedades relacionadas con Odontología o Medicina, hasta el 55% en sociedades de Enfermería⁷³.

El entorno donde la dimensión que está alcanzando el fenómeno de la feminización es más evidente, es sin duda el universitario; según datos del Instituto de la Mujer, en el año 2.003 el porcentaje total de mujeres matriculadas en las diferentes licenciaturas y diplomaturas era de 61,41 y 70,43 respectivamente^{71,73}. La población que supera las pruebas de acceso a la Universidad, es mayoritariamente femenina (58% de mujeres frente a 42% de hombres), siendo las Ciencias de la Salud una elección preferente para las mujeres (Tabla 19), alcanzando la medicina rangos similares a los de otras titulaciones tradicionalmente elegidas por las mujeres (Geografía e Historia, Publicidad y Relaciones Públicas y Biblioteconomía y Documentación).

Tabla 19 : Alumnas matriculadas en 2003

Titulación	% Mujeres
Logopedia	91,87
Terapia Ocupacional	89,13
Nutrición Humana y Dietética	86,76
Trabajo Social	86,22
Enfermería	85,15
Pedagogía	83,76
Psicopedagogía	83,71
Educación Social	83,54
Traducción e Interpretación	80,59
Psicología	78,00

Antropología Social y Cultural	77,89
Turismo (Dipl.)	77,48
Filología	75,89
Historia del Arte	74,58
Maestro	74,07
Farmacía	73,31
Documentación	71,94
Ciencia y Tec. Alimentos	71,83
Lingüística	71,75
Óptica y Optometría	71,15
Biblioteconomía y Documentación	70,96
Publicidad y Relaciones Públicas	70,7
Geografía e Historia	70,37
Biotecnología	69,71
Medicina	69,06

Situación similar a la de los servicios de atención sanitaria ocurre en el mundo académico o de la investigación: donde las mujeres son mayoría aunque ocupan puestos de trabajo menos cualificados que los hombres, ya que las condiciones laborales y la dificultad de conciliar la vida familiar y profesional, dejan a muchas mujeres fuera de la carrera profesional⁷⁴.

La feminización de las profesiones sanitarias alcanza de forma evidente los diferentes ámbitos de la Asistencia: Hospitalaria y Atención Primaria, aunque globalmente su magnitud sea más evidente en este último.

Estadísticas recientes del MSC⁷⁵ informan que en el ámbito hospitalario, con respecto a la feminización se distinguen tres grandes grupos de profesiones:

- Un primer grupo en el que las mujeres no llegan a representar el 40% de la población.

Se trata de profesiones con pocas personas empleadas, entre 1500 y 10000 personas, en las que son mayoría los hombres. Se ha de resaltar que en el apartado de Dirección y Gestión se da uno de los valores de mayor importancia, con un 26% de los puestos de trabajo ocupados por mujeres. Este conjunto integrado fundamentalmente por profesiones médicas comprende:

- Departamento de Medicina.
- Departamento de Cirugía.
- Traumatología.
- Obstetricia-Ginecología.
- Pediatría.
- Psiquiatría.
- Servicios Centrales.
- Cuidados Intensivos.
- Urgencias.
- Dirección y Gestión de Titulación Superior.
 - El segundo grupo reúne las profesiones en las que la representación de las mujeres se encuentra entre el 40% y el 60%. Los puestos de Dirección y Gestión de Titulación Media, está ocupados en un 46% por mujeres.
 - El tercer grupo formado por aquellos puestos de trabajo en los que las mujeres están por encima del 60% son pocos pero concentran la mayor parte de la población sanitaria en hospitales, ya que son las profesiones de enfermería y auxiliar de clínica. Con la única excepción de las Matronas, todas superan los 50.000 puestos de trabajo. Son puestos de trabajo que, no solamente están feminizados en su fase formativa y laboral, sino también en el inconsciente colectivo, como indica la propia feminización del nombre de la profesión en algunas fuentes: enfermeras, matronas, etc.

Desde el año 2004 se encuentran disponibles las bases de datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)⁷⁶ que permiten comprobar que las mujeres son mayoría en el sistema de Atención Primaria alrededor del 63%. Entre las diferentes profesiones destacan enfermería (con cerca del 80%), y el personal no sanitario (con casi un 70% de mujeres); ambas ocupaciones representan prácticamente las dos terceras partes del personal empleado en Atención Primaria. En cuanto a los médicos de AP, la proporciones de profesionales se acercan la paridad, si bien Pediatría es mayoritariamente femenina, y Medicina de Familia, es mayoritariamente masculina.

Las mujeres se concentran mayoritariamente en el sector público, en tanto que existe una mayor proporción de médicos varones que trabajan en el sector privado o que compatibilizan público y privado⁷⁷.

Debido a que existe una mayor tasa de temporalidad femenina, en general los hombres perciben un salario anual más elevado y además, los hombres perciben más complementos (como productividad o guardias) y ocupan generalmente puestos de mayor rango por lo que las diferencias salariales entre mujeres y hombres en el sector sanitario se estiman en torno a un 38%⁷⁸.

Las mujeres tienden a trabajar bajo el denominado modo M con un valle de contratación parcial, coincidiendo con la maternidad y la crianza de los hijos⁷⁹. El segundo pico de jornada laboral completa tiende a ser prácticamente igual o incluso a prolongarse más que la vida laboral activa de sus colegas masculinos⁸⁰. Uno de los efectos negativos que se ha atribuido a la feminización de la medicina es la reticencia de las mujeres médicos a prolongar la jornada laboral⁸¹ y la consecuente reducción del tiempo de trabajo médico equivalente. No obstante, esta tendencia es, en la actualidad, extensible a todos los profesionales jóvenes, independientemente de su sexo, asumiendo que la prolongación de la actividad profesional limita la calidad de vida.

La creciente feminización de la profesión supone no sólo un cambio cuantitativo, sino también cualitativo del ejercicio de la medicina, las mujeres dedican mayor tiempo a la atención de los pacientes y tienen una mayor empatía con los mismos, hechos que pueden explicar la menor tasa de reclamaciones judiciales por negligencias que experimentan las facultativas⁸⁰. Sin embargo las mujeres médicos indican mas pruebas a los pacientes y efectúan menor número de visitas ambulatorias y de altas hospitalarias que los hombres médicos, lo que ha sugerido, a algunos autores, que la feminización de la profesión podría causar una menor eficiencia del sistema sanitario, aunque paradójicamente produce mayor satisfacción al usuario⁸².

Las mujeres tienden a interesarse mas que los hombres por las dificultades personales de los otros miembros del equipo profesional mas allá del terreno estrictamente laboral, por lo que potencian las capacidades del equipo⁸³.

Aunque, como líderes, las mujeres parecen orientarse a la consecución de resul-

tados del grupo más que al prestigio personal propio, la realidad es que en el mundo occidental, las mujeres están infrarrepresentadas en puestos de liderazgo de las organizaciones médicas y profesionales^{77,79,84}.

La feminización de la profesión médica está dando lugar a cambios profundos en el ejercicio de la medicina asistencial, y en cierto modo obligará también, a una reordenación continua del sistema sanitario desde los recursos humanos, que previsiblemente, deberá poner énfasis en la conciliación de la vida familiar y laboral a fin de conjugar las expectativas personales, la demanda familiar y lo que la empresa sanitaria espera del profesional médico, así como la implementación de medidas orientadas a la flexibilización y no a la disminución del trabajo⁸⁵.

3• OTROS CAMBIOS CUALITATIVOS DE LA PROFESIÓN

Cada vez es más patente la integración de médicos extranjeros, formados en otros países, en el Sistema Nacional de Salud, sin duda como mecanismo compensatorio a la disminución de médicos españoles formados en nuestro país. Los motivos y consecuencias ya han sido suficientemente explicados en otros apartados de este documento.

Aunque carecemos de datos de todas las regiones que permitan valorar el problema en su verdadera magnitud, cada vez son más numerosos los nuevos colegiados extranjeros, estimándose en 3.000 la incorporación de nuevos profesionales extranjeros en el último año en el territorio nacional⁴¹. Evidentemente la situación se hace más patente en las zonas más densamente pobladas.

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) en su informe anual sobre demografía 2007³⁹ señala 612 profesionales extranjeros (46,6%) entre los nuevos colegiados. El total de médicos extranjeros colegiados en Barcelona 3.454 (12,4%) son 73% iberoamericanos preferentemente de Argentina, Perú y Colombia. Minoritariamente de países del este, aunque con tendencia rápidamente creciente 500% en el 2007, siendo la mayoría de estos nuevos colegiados extranjeros sin el MIR. De todos los nuevos colegiados 1.312, sólo el 50% (616) son MIR. En la comunidad valenciana⁸⁶ de los 9.032 médicos en activo 225 son extranjeros.

Por otra parte, también aumenta progresivamente el número de alumnos extranjeros matriculados en las Facultades de Medicina españolas, con una estimación

media del 11%, sin que sea posible saber cuantos de ellos ejercerán la medicina en España y cuantos regresarán a sus países de origen.

En las próximas décadas asistiremos, sin duda, a un cambio significativo en el perfil del profesional médico en el Sistema Nacional de Salud, habrá más médicos extranjeros, de múltiples nacionalidades, y los españoles serán fundamentalmente más jóvenes y con un claro predominio femenino en la profesión, situación que obligará a una mayor consideración de la conciliación de la vida familiar y flexibilización laboral. Todos estos cambios en el perfil del profesional, deberán ser tenidos en cuenta en el diseño de las futuras políticas de recursos humanos, para que estas tengan éxito. Sin olvidar las diferencias salariales entre los diferentes servicios de salud públicos, que pueden llegar a suponer un 30% de diferencia en el salario en función de la Comunidad Autónoma en la que se ejerza^{87,88}.

4• RECURSOS HUMANOS

Las estadísticas del Ministerio de Sanidad (Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud) señalan que en 2.003 trabajaban en los Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud 29.428 médicos, de los que el 82,2% eran médicos de familia y el 17,8%, pediatras. Ese mismo año los hospitales públicos empleaban a 54.298 médicos.

En la actualidad, informes asumidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social⁴⁴ estiman el número de médicos activos asistenciales en España en 165.170, de los cuales más de dos tercios ejercen en el Sistema Nacional de Salud. De este total, 161.967 ejercen como especialistas y de éstos 119.660 trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Traducidos estos datos en Equivalentes a Tiempo Completo (ETC), unidad de medida que representa el número de profesionales necesarios para cubrir una jornada completa de trabajo y que permite comparar distintos modelos organizativos, el número de médicos asistenciales en España sería de 144.379, el número que ejerce como especialistas 141.579 y de éstos 104.598 trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Estos datos se traducen en una media de 325 médicos por cada 100.000 habitantes y 319 especialistas por cada 100.000 habitantes, lo que sitúa a España entre

los países con un mayor número de médicos por habitantes dentro de la OCDE, y con una necesidad de médicos de un 2%, lo que supone unos 3.200 profesionales (2.800 en ETC).

Las estadísticas europeas muestran unos resultados similares, una vez se efectúan las correcciones necesarias. Los datos españoles y belgas, incluyen a los odontólogos entre los médicos, esta cifra en nuestro país podría estar sobreestimada en un 10% (unos 21.000 odontólogos) y se debe tener en cuenta según la Organización Médica Colegial⁴⁰, que entre el 23 y el 25% de los médicos no realizan actividad asistencial, aunque se encontrarían realizando tareas de otro tipo (entre 25.000 y 40.000 según CESM).

El INE⁵⁸ basándose en el número de colegiados a 31 de diciembre de 2007 proporciona datos de la distribución de médicos por tramos de edad y por Comunidades Autónomas (Figuras 15 a 19). Si bien no se puede afirmar con rotundidad que falten facultativos en el conjunto del SNS, sin embargo si existe un desequilibrio en la distribución de profesionales en favor del entorno urbano^{87,88}.

Figura 15 Médicos <35 años por CCAA

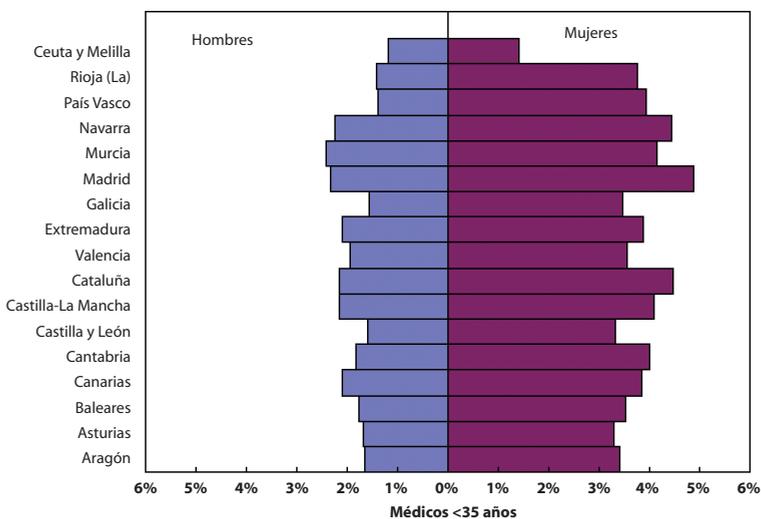


Figura 16 Médicos 35-44 años por CCAA3

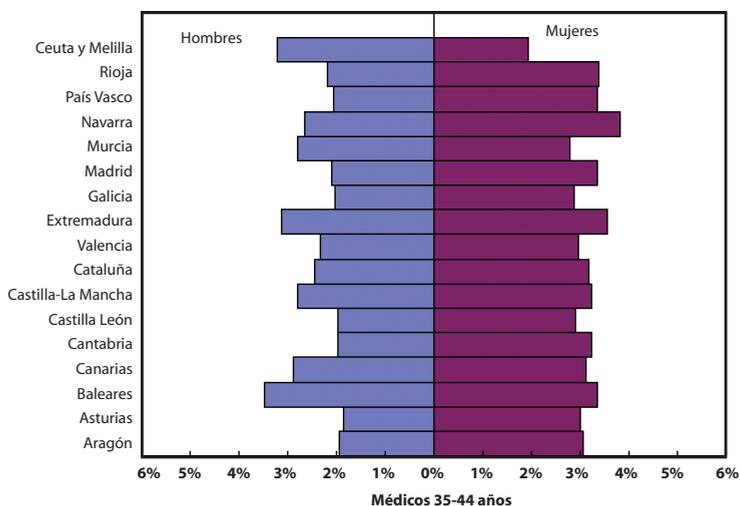


Figura 17 Médicos 45-49 años por CCAA

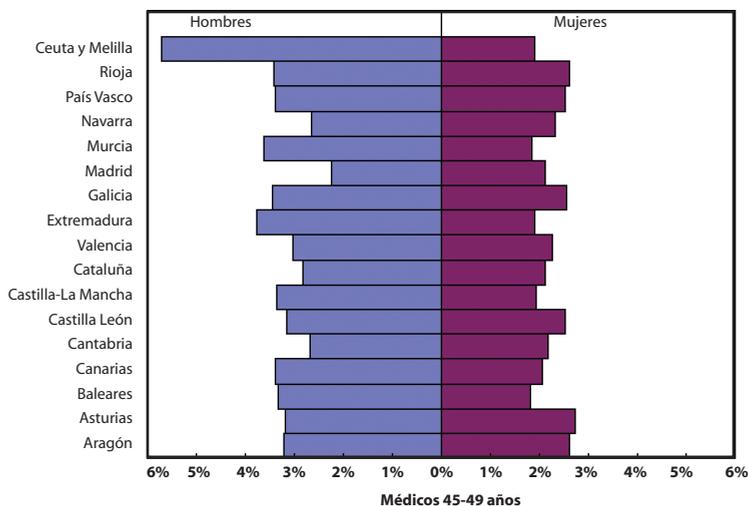


Figura 18 Médicos 50-54 años por CCAA

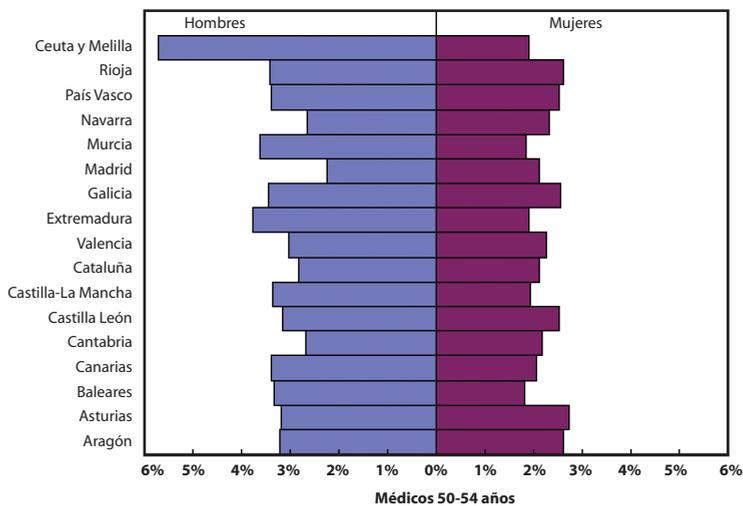
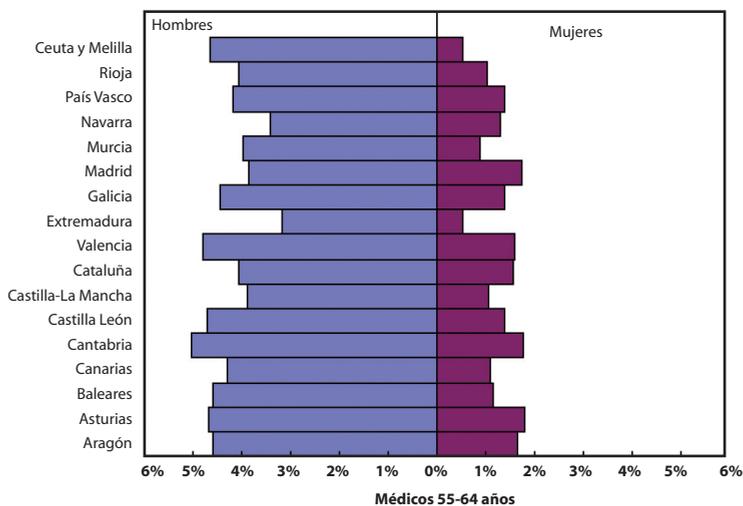


Figura 19 Médicos 55-64 años por CCAA



Pese a la aparente necesidad de médicos hay que destacar que existe todavía una bolsa de desempleo de más de 1.000 médicos, siendo Andalucía y Madrid las Comunidades Autónomas con mayor número de médicos parados (Tabla 20). El 71% de los médicos actualmente desempleados son licenciados en medicina que no han cursado la residencia (muchos pueden ser extranjeros sin el título homologado) y el 9,1% son especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Tabla 20: Médicos parados por regiones

Andalucía	431
Madrid	216
Valencia	105
Castilla y León	94
Asturias	80
Aragón	61
País Vasco	55
Galicia	42
Cataluña	37
Cantabria	32
Extremadura	31
Canarias	26
Baleares	21
Castilla la Mancha	20
Navarra	19
Murcia	7
Rioja	5
Melilla	1
Ceuta	0

Fuente Ministerio de trabajo

4.1. PERSPECTIVA DE FUTURO

Los diferentes modelos de simulación publicados, con proyecciones de futuro, constituyen un ejercicio teórico de interés pero las proyecciones, especialmente en lo referente a las necesidades por especialidades están sujetas a tal

variabilidad, que presumiblemente serán de poca utilidad en la práctica⁴⁵, máxime cuando sólo se hacen en base al aumento estimado de la población y a los cambios demográficos de la profesión, sin tener en cuenta los cambios cualitativos, culturales, sociodemográficos, profesionales y en los patrones de enfermar que habrá que afrontar en los años venideros.

Por esta razón nos parece que son de relativo mayor interés, para el cálculo de los recursos humanos a largo plazo, aquellas que se refieren al número global de médicos. Aunque adoleciendo de defectos similares, servirán de orientación para estimar el número de estudiantes de medicina que deberán formarse en los próximos años (Tabla 21).

Tabla 21: Demografía médica perspectiva de futuro

Comunidades Autónomas	Necesidades por incremento poblacional		Previsión jubilación	Total necesidades	Nuevos licenciados con especialidad	Saldo	
	Incremento población	Necesidad médicos				Valor absoluto	% licenciados
Andalucía	622.824	1.931	4.260	7.429	8.600	1.171	13,60
Aragón	53.949	167	1.124	1.549	3.000	1.451	48
Asturias	-36.172	-112	834	866	1.100	234	21
Baleares	180.883	560	601	1.394	0	-1.394	???
Canarias	249.212	772	1.036	2.170	1.300	-870	-67
Cantabria	31.430	97	420	621	750	129	17
Castilla y León	-41.344	-128	1.885	2.108	2.700	592	22
Castilla -La Mancha	219.363	680	813	1.792	700	-1.092	-156
Cataluña	809.862	2.510	4.616	8.552	6.200	-2.352	-38
Valencia	730.635	2.265	2.872	6.164	3.500	-2.664	-76
Extremadura	6.010	18	428	536	1.100	564	51
Galicia	-31.423	-97	1.548	1.741	2.100	359	17
Madrid	707.590	2.193	4.827	8.425	6.200	-2.225	-36
Murcia	209.687	650	734	1.661	1.200	-461,38	-38
Navarra	49.341	153	382	642	1.800	1.158	64
País Vasco	-2.464	-8	1.660	1.983	1.700	-283	-17
Rioja	34.516	107	167	329	0	-329	???

Fuente CESM⁴¹

También resulta obligado considerar en el análisis de la perspectiva de los próximos años fórmulas que conlleven una mejora de las retribuciones a la profesión.

Las retribuciones necesitan referirse a la cantidad y calidad del trabajo teniendo claro que nada sustituye una correcta selección del personal y que prácticas gestoras equivocadas pueden destruir realidades fructíferas caracterizadas por comportamientos altruistas, interés por el trabajo bien hecho y búsqueda de la aprobación social.

La retribución, obviamente, no consiste tan sólo en dinero, no es sólo individual ni debe plantearse exclusivamente a corto plazo⁸⁹.

La tradicional dificultad de las administraciones para incentivar con mejores retribuciones y condiciones laborales a esos profesionales más escasos se agrava con el espejismo de una equidad retributiva que, desde el punto de vista del análisis económico, no se justifica.

Con ofertas rígidas, el mercado busca su nuevo equilibrio aumentando la renta de los profesionales. Sin embargo, los sistemas públicos no utilizan con facilidad ese instrumento para atraer a los médicos de las especialidades deficitarias a las localizaciones y horarios donde más se necesitan.

Existe un déficit de financiación en el sistema público de salud para mantener una oferta de servicios adecuada a las actuales demandas de la población. Ha cambiado el perfil epidemiológico y los avances tecnológicos, por otra parte, permiten disponer de alternativas más costo efectivas.

Ante el agotamiento del sistema se deberán plantear nuevas fórmulas de gestión cuyo objetivo sea entre otros reducir el riesgo (económico). Se habrá de superar la rigidez de los patrones actuales adaptándose a patrones más flexibles y ágiles. Ningún modelo garantizara su eficacia si se mantiene ajeno a la evolución del entorno, que es el primero en advertir el agotamiento del sistema⁹⁰.

INICIATIVAS Y PROPUESTAS

Se plantean a continuación algunas iniciativas que estimamos posibles y sostenibles en base a escenarios diferentes. El primero explorado es el modelo sanitario actual, en torno al que se vertebra el debate técnico, social y político de necesidades de médicos.

En este debate, aparte de las “soluciones de emergencia”, ya instauradas, se sugiere una redistribución y aumento de los profesionales basándose en un aprovechamiento y mejora de los recursos para lo cual se considera necesaria la existencia de registros.

Recientemente se ha incorporado la necesidad de un análisis cualitativo de la situación, opinión que compartimos, restándole importancia a la guerra de cifras que, por inconsistente, desestimamos analizar.

El segundo escenario, que apuntamos, plantea un perfeccionamiento del modelo al uso, incorporando un enfoque más acorde a la realidad socio-demográfica del país y que obliga a aceptar los distintos patrones de salud y de enfermedad que progresivamente se harán mayoritarios en las próximas décadas, a los cuales los recursos del Sistema Nacional de Salud, tanto humanos como materiales deberán adaptarse.

1 • SOLUCIONES DE EMERGENCIA ADOPTADAS

Antes que nada, convendría analizar y valorar algunas medidas adoptadas por las Administraciones Autonómicas en razón a situaciones de urgencia, medidas y situaciones que no deberían consolidarse, ya que, en lugar de soluciones, generarían problemas añadidos.

Ante la situación actual que se vió agravada en el pasado verano, las diferentes

administraciones han adoptado una serie de medidas consideradas de emergencia, encaminadas a paliar el déficit, que suponemos transitorias.

Estas medidas no han sido adoptadas de forma homogénea por todas las comunidades, ya que cada una ha reaccionado ante su propia realidad.

Globalmente podríamos decir que se ha aumentado la contratación de profesionales extranjeros, independientemente de su homologación

Para paliar el déficit de Atención Primaria se ha incentivado el doblaje de cupos, dado que no se conseguía cubrir la necesidad de suplentes en vacaciones y se ha incrementado la incorporación de MESTOS, profesionales a los que habitualmente sólo se contrataba para suplencias, como interinos

Además en algunas Comunidades Autónomas se ha anulado parcialmente la ley de incompatibilidades.

Para la atención en las restantes especialidades se apunta como solución la redistribución de profesionales e incluso empiezan a escucharse voces que hablan de la movilidad del profesional, de la posibilidad de ejercer la profesión en el último año del periodo de formación de postgrado, y también de recurrir a la recontractación de médicos jubilados; aunque la puesta en marcha de estas medidas aún no se ha llevado a cabo sustancialmente, ya que se condiciona a un mejor conocimiento de la situación, basando ésta en la información recogida por los diferentes registros que se propone realizar con carácter prioritario.

Se cuestiona la idoneidad de la formación de los médicos extranjeros, y se establecen métodos que agilizan la homologación y capacitación de dichos médicos, sin tener en cuenta que éstos se detraen, en su mayoría, de países con importantes necesidades sociosanitarias y que han hecho un importante esfuerzo inversor en su formación, contribuyendo así a la perpetuación de su empobrecimiento.

Este hecho está siendo motivo de que se replanteen ciertos aspectos éticos en relación con el denominado "brain drain" o fuga de cerebros, lo que está generando un importante debate en la literatura^{32,34}.

Las tendencias migratorias manifiestan una gran variabilidad y la contratación de médicos extranjeros no se debería considerar como parte de una solución estable al problema que nos ocupa, aunque en la práctica se esté recurriendo a ello como solución urgente. Además parece una actitud poco coherente limitar la entrada de

jóvenes de nuestro país a las Facultades de Medicina para tener después que ir a buscar a los profesionales a otros países que los necesitan en mayor grado y de cuya formación se duda.

Por el contrario, se ignora la situación real de un número no definido de MESTOS formados en el Sistema Nacional de Salud, que se cifra en unos 2000, a los que se continúa sin ofrecer ninguna solución de homologación pese a estar identificados, ya que la mayoría están trabajando como interinos en el sistema y en condiciones laborales de precariedad.

También se “ignora” el creciente éxodo de médicos españoles a otros países de nuestro entorno, donde reciben una significativa mayor retribución económica, para el desempeño de un trabajo similar, ya que los profesionales formados en nuestro país son especialmente valorados por su cualificación y capacitación. A modo de ejemplo, la prensa especializada desde hace varios años se ofrecen salarios que llegan, en algunos casos, sobrepasan los 6.000 € mensuales para desempeñar tareas de atención primaria en Francia, ofreciendo asimismo mayor salario si se conoce el idioma, facilidades para aprenderlo, subvenciones para la vivienda y una importante consideración a la conciliación de la vida familiar (trabajo en localidades vecinas en el caso de una pareja). Hoy en día el Reino Unido y Portugal ofrecen mejores salarios, y facilitan sobremanera la enseñanza del idioma y las condiciones de homologación, quizás ¿para captar a nuestros profesionales?.

2• PERFECCIONAMIENTO DEL MODELO SANITARIO EXISTENTE

Son numerosos los informes publicados que detallan y analizan las ventajas e inconvenientes de posibles medidas a medio y largo plazo que deberán adoptar los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para perfeccionar el modelo sanitario. A efectos del presente informe, en el apartado de Conclusiones sólo entraremos a plasmar nuestra opinión acerca de la prioridad de las mismas y teniendo en cuenta su contribución al perfeccionamiento y evolución del sistema, como medidas sostenibles, sin entrar a comentar la necesidad de disponer de las lógicas herramientas estratégicas (registros, estudios, acuerdos, convenios, pactos, etc.) que faciliten su implantación.

Inexcusablemente, la primera medida prioritaria a adoptar debe ser la abolición de los múltiples mercados existentes en la actualidad estamos ante 17 Servicios de Salud, que se comportan como 17 mercados y 697 micromercados derivados de 41 especialidades en 17 Comunidades Autónomas.

Adoptar decisiones en esta línea resultará de utilidad no sólo para paliar el déficit, sino también para que no se produzca la de otro modo inevitable competencia entre Comunidades que agravaría, aún más, la situación existente en el Sistema Nacional de Salud.

Recuperar la dimensión suprarregional del mercado profesional de médicos permitiría fomentar la movilidad interior y la flexibilidad y cooperación entre las distintas Comunidades Autónomas. Evidentemente esta medida requiere el consenso de las fuerzas políticas, por lo que de no conseguirse el acuerdo, como mínimo debería establecerse una coordinación entre Comunidades y una definición común de estándares de necesidad actual y, sobre todo, futura de médicos.

En el apartado de Conclusiones de este estudio, y desde la perspectiva del mismo, se proponen distintas medidas específicas que consideramos contribuirían más significativamente a mejorar el sistema.

3• MODELO SOCIOSANITARIO

El modelo sanitario occidental pivota en la actualidad en torno a la resolución de problemas agudos y patologías complejas por lo que predomina un patrón claramente asistencial y resolutivo.

El sistema que ineludiblemente persigue la calidad y la excelencia, requiere de profesionales expertos, con el máximo nivel de formación preparados para atender a cada una de estas patologías, pero la sociedad está demandando un número probablemente excesivo de profesionales expertos dedicado en exclusiva y monográficamente a cada una de estas patologías y en cada unidad asistencial, de ahí que en los últimos años se tienda a la “superespecialización” en medicina.

Previsiblemente los vertiginosos cambios sociales, culturales, demográficos, tecnológicos y científicos acaecidos en las últimas décadas, sin duda favorecidos, todos ellos, por el proceso de la globalización, generarán una nueva contingencia social a la que se deberá adaptar el modelo de gestión social, tanto en sus aspectos econó-

micos, como sociales, sanitarios, etc.

Por tanto parece razonable que en nuestra sociedad futura siga primando el bienestar, pero el modelo sanitario actual se configure para atender prioritariamente a una población envejecida, con padecimientos crónicos degenerativos y procesos, por lo general más banales, y en el que predomine un modelo preventivo y de protección de los colectivos de riesgo, que progresivamente será posible identificar con mayor facilidad.

La puesta en marcha de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia⁹¹ es gradual y, según las previsiones legales, se realizará en tres fases desde enero del 2007 hasta su total desarrollo en el 2015, fecha en que se deberá haber completado las necesarias estructuras que se precisan para desarrollar la asistencia a la vez que se liberarán recursos de salud, usados previamente por la no existencia de este servicio social. Este escenario, sin embargo, se presenta incierto por problemas serios de financiación.

En primer lugar se atenderán las dependencias más severas (grado 3), luego la cobertura se extenderá a los beneficiarios calificados como moderadamente dependientes (grado 2), y, en una tercera fase, la cobertura alcanzará a todos los beneficiarios.

El gobierno calcula que cerca de 1,125 millones de personas se beneficiarán en esta primera etapa alcanzando finalmente a cerca de 1,5 millones de personas, y generando cerca de 300.000 nuevos puestos de trabajo en los próximos 10 años. Se estima que el coste será de alrededor del 0,33% del PIB en el año 2007 y se irá incrementando anualmente en un 0,28% hasta alcanzar el 1% del PIB en el año 2015⁹². Sin embargo, al no estar definidos aspectos relevantes de la configuración de sistema, existen dudas sobre el impacto real que tendrá y sobre la eficacia de los mecanismos de coordinación entre los servicios de salud, servicios sociales y servicios complementarios que se podrían desarrollar.

Como hemos señalado antes, otro problema relevante se refiere a la capacidad financiera de las Comunidades Autónomas y al apoyo del Estado. Finalmente, queda especificar el esquema de los copagos con el cual los pacientes asumen una parte del coste del servicio, y qué mecanismos comprobarán la situación económica del beneficiario⁹³.

Debido al progresivo envejecimiento poblacional, es necesario plantear nuevas soluciones que garanticen la calidad de vida de las personas mayores, que constituirán más del 60% de la población a partir del año 2020, ya que es preciso reconocer que en la actualidad la oferta institucional para estas personas es muy escasa, cuando reúne las condiciones adecuadas o está claramente obsoleta.

Nuestras instituciones hospitalarias actuales pensadas para atender a pacientes agudos y complejos y estructuradas en servicios y en unidades monográficas deberían ir progresivamente dando paso a una gestión por procesos, basada en la conformación de equipos interdisciplinarios⁹⁰ y coexistir con otras más cercanas a los grandes núcleos poblacionales, pensadas para atender a patologías más banales y crónicas, para resolver problemas sociales y estructuradas en torno a los procesos sociosanitarios.

Se plantea, pues, como necesario repensar el sistema vigente, que corre el riesgo de resultar insostenible.

Desde una visión de Salud Pública, parece adecuado explorar nuevos modelos de gestión sanitaria, orientados a evitar situaciones como las acaecidas en otros países de nuestro entorno, tales como en Francia, Gran Bretaña, Alemania, Finlandia y especialmente en Suecia, donde se han visto obligados, en los últimos años, a establecer recortes en las prestaciones del Estado de Bienestar cercanos al 40%⁹⁴.

Esta reflexión debería impregnar las actuales mesas y grupos de trabajo que analizan la problemática de los recursos humanos en el ámbito sanitario, que no debe de hacerse sino teniendo en mente el citado modelo social que habrá que afrontar y las condiciones socioeconómicas vigentes.

Para ello sería necesario repensar dicho modelo teniendo en cuenta su viabilidad real y las consecuencias de permanecer en un Estado de Bienestar obsoleto, pero analizando también en profundidad las posibilidades que ofrecería migrar a un Estado de Bienestar sostenible lo que nos llevaría pasar de un Estado benefactor a un Estado posibilitador, que innovase en la provisión de servicios y rompiese los monopolios actualmente existentes.

CONCLUSIONES

En este estudio se ha intentado llevar a cabo un análisis pormenorizado de las necesidades de médicos en España.

Con vistas a la planificación futura de los recursos humanos, se han revisado las principales fuentes de información disponibles y se ha profundizado en los aspectos que motivan el actual debate profesional, político y social generado en torno a esta problemática:

A modo de conclusión se resaltan los siguientes puntos:

1. La ausencia de una información contrastable y consistente es evidente, por lo que se reclama con urgencia la necesidad de disponer de sistemas de información y de registros completos y fiables tanto de médicos como de otros profesionales sanitarios.
2. Estos registros, para ser verdaderamente útiles, deberían ser de ámbito nacional y extenderse tanto al ejercicio público como privado de cualquier profesión sanitaria.
3. Tales registros serían, en nuestra opinión, una herramienta de utilidad para la gestión de los recursos humanos, si cabe más que para la planificación de necesidades.
4. Durante los últimos veinte años, ha habido un “excedente de médicos”, ya que se formaban más profesionales que los que el sistema podía contratar, y, por qué no decirlo también, de los que el sistema podía formar como especialistas. Este hecho ha conducido presumiblemente a promover y fortalecer un modelo predominantemente asistencial en el que el médico se “ocupaba” y “responsabilizaba” de las actividades sanitarias.
5. Han sido necesarios casi dos décadas, para que adoptando política de “nú-

- merus clausus” y aumentando la oferta de plazas de residentes, se alcanza el actual equilibrio y se anula el excedente de profesionales aludido.
6. Se constata una pérdida gradual pero progresiva del interés de los jóvenes, sobre todo en los hombres, por estudiar medicina, probablemente debido al menor prestigio social de la profesión y al número prolongado de años, que es preciso invertir, quizás demasiados para nuestra juventud, educada en la cultura de la “inmediatez”. Sabemos que se tarda más de una década en formar un médico para su ejercicio profesional en el sistema público, y sorprende este tiempo que es, con diferencia, mucho mayor que el que se tarda en formar cualquier otro profesional altamente cualificado.
 7. Hay que plantearse la idoneidad del sistema de formación actual que presumiblemente (saludablemente) debería de ser cuestionado, máxime ante la instauración del Espacio Europeo de Educación Superior, que configurará un diferente mapa de las profesiones sanitarias.
 8. El hipotético déficit de médicos, al que se alude en la actualidad, tiene un origen multicausal y en él intervienen aspectos como el envejecimiento de los profesionales, la apertura de nuevos hospitales y Centros de Salud y la “huída” de muchos profesionales del sector público del Sistema Nacional de Salud hacia otros países o al sector privado, en busca de una mejor consideración y remuneración.
 9. Las medidas urgentes que se han de adoptar, deben ser evaluadas, detenidamente bajo el principio de la precaución, ya que algunas de ellas corren el riesgo de “perpetuar” ciertos errores cometidos, que podrían volver a tener consecuencias poco deseables.
 10. Entre las diferentes medidas urgentes a adoptar, desde la visión de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria, se recomienda priorizar aquellas que contribuyan a disminuir las desigualdades entre los profesionales (convocatoria inmediata de homologación de los miles de MESTOS, actualmente contratados por las diferentes Administraciones Sanitarias, como interinos, suplentes, etc.) y a incidir prioritariamente en las medidas de fidelización de los médicos ya formados, lo que contribuiría a disminuir el flujo centrífugo de especialistas, ya que ¿de qué serviría formar más médi-

cos, si una vez formados, estos abandonasen el Sistema Nacional de Salud o ejerciesen la profesión fuera de nuestras fronteras?.

11. Para el cálculo de las necesidades futuras, no sólo de médicos sino de profesionales sanitarios, resulta imprescindible ajustar la planificación sanitaria a las verdaderas necesidades de nuestra sociedad.
12. Si tenemos en cuenta por un lado la realidad actual de globalización, envejecimiento de la población, encronización de las enfermedades y por otro lado el avance imparable de las tecnologías de la comunicación, la información y el diagnóstico, es fácil vislumbrar a no demasiado largo plazo un escenario completamente diferente al actual. El paradigma sanitario asistencial se sustituirá por paradigmas sanitarios preventivos y de medicina individualizada, especialmente si consideramos los avances conseguidos con la investigación en el campo de las células madre y las expectativas ¿terapéuticas? que se generan ante el desarrollo de la ingeniería genética (genómica, proteómica, farmacogenómica, etc.).
13. El cálculo de necesidades futuras de recursos humanos, está teniendo en cuenta la información, no siempre homogénea, proveniente de sistemas de simulación y las recomendaciones y orientaciones de las Comisiones Nacionales de especialidades, Colegios de médicos y enfermería, Sociedades Médicas, agentes sociales, etc.
14. Sorprende que no se estén considerando, por lo general, los cambios cualitativos que razonablemente se vislumbran en el sistema y en el modelo sanitario a medio y largo plazo, ya que sin duda influirán decisivamente en el tipo y número de profesionales que sean necesarios.
15. Los sistemas sanitarios están confrontando un cambio social que no tiene precedentes en la historia de la humanidad.
16. El presumible déficit de médicos y enfermeras, el aumento de las demandas sanitarias de pacientes y ciudadanos, y la disminución de los recursos conllevan la necesidad de formar a gestores en el sector de la salud que promuevan una "navegación" apropiada de las organizaciones en un entorno social de gran incertidumbre. Temas como la sociología de la enfermedad, salud poblacional, corrientes migratorias, transculturalidad y dinámica

de las estructuras sociales, son fundamentales a la hora de adaptar los servicios sanitarios y también los recursos humanos, a las necesidades de la población.

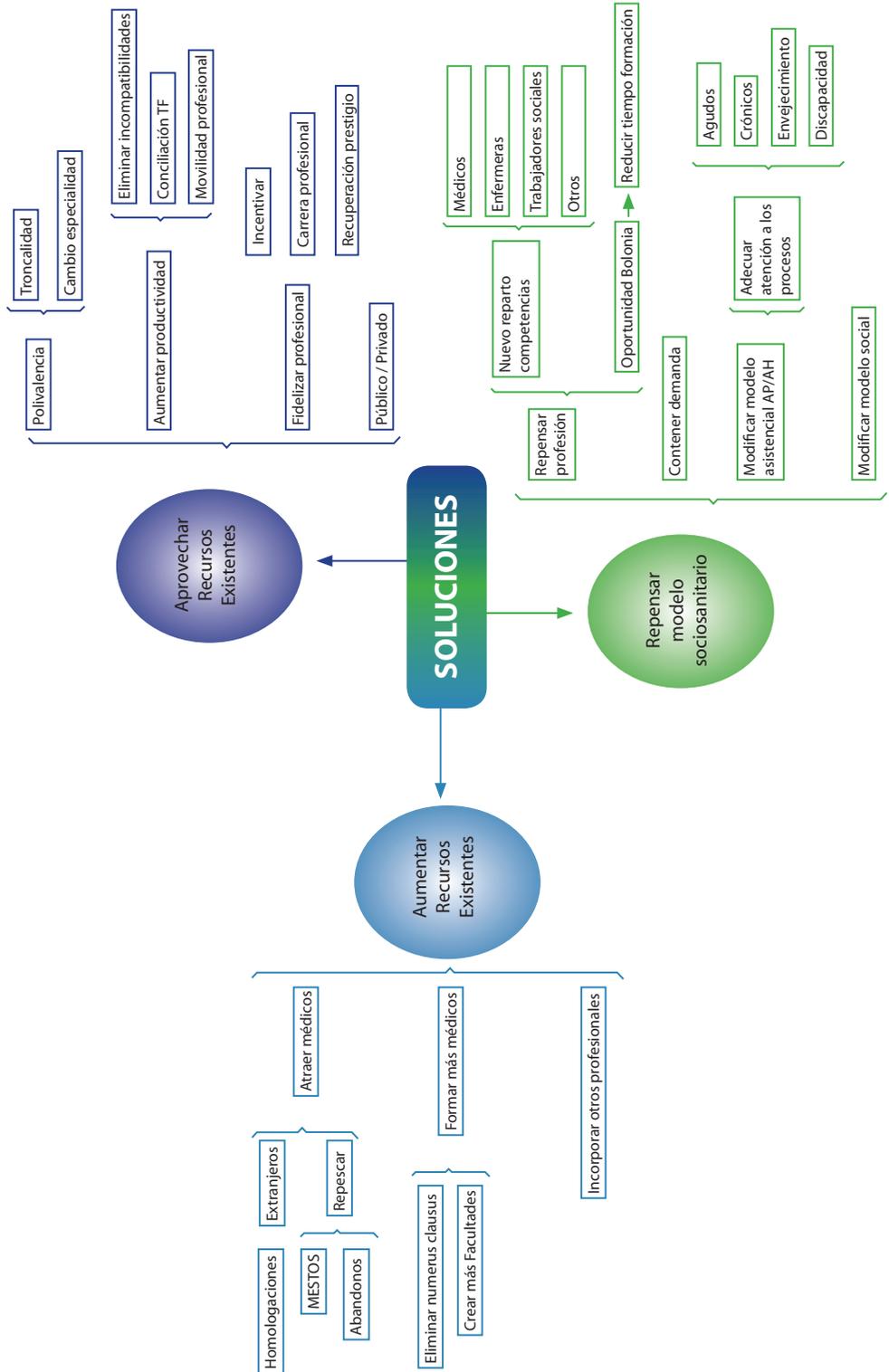
17. De todos es sabido que los recursos humanos deben planificarse en base a las necesidades que genere el modelo sanitario que presumiblemente tenga vigencia en el periodo que se pretende planificar. El modelo actual indiscutiblemente es un modelo basado en la calidad y la excelencia, y sin duda susceptible de ser perfeccionado. Pero, por duro que resulte socialmente aceptarlo, y aunque la mayoría de las ocasiones se ignore, el actual, parece lamentablemente insostenible a medio-largo plazo y la evidencia del análisis de la situación hace obligatorio cuando menos, pararse a reflexionar sobre las diferencias entre el modelo sanitario vigente y el previsible a medio y a largo plazo.
18. En opinión de los autores de este trabajo, en un planteamiento estrictamente investigador, carecería de sentido continuar calculando, como hasta ahora, las necesidades futuras a medio y largo plazo.
19. Resulta obligado consensuar previamente el modelo sanitario que se quiera y pueda ser factible aplicar en los próximos años, con una financiación viable y suficiente. Alcanzar este pacto, evidentemente requiere además del consenso político, del concurso de toda la sociedad.
20. El modelo asistencial previsible, sin duda de gran complejidad dada en parte por el actual tejido social multicultural, debería teóricamente configurarse en torno a determinantes tales como la prevención, la promoción de la salud y la integración de la atención sanitaria y social en un verdadero eje sociosanitario.
21. Como medidas específicas a estos efectos, se proponen algunas que afectan al ejercicio profesional y otras relativas a la acción formativa; las primeras son de tipo normativo, de eliminación de burocratismos y de fidelización de los recursos humanos. Las relativas a la formación suponen la configuración de una nueva estrategia que tenga en cuenta el proceso de Bolonia, la renovación de la formación especializada, la formación continua y la recertificación.

22. Las medidas de modernización del ejercicio profesional de tipo normativo deben estar orientadas a:
- Establecer un sistema de homologación ágil y justo para los MESTOS, con el fin de regularizar su situación ya que muchos están trabajando en condiciones de precariedad en el Sistema Nacional de Salud.
 - Establecer un sistema de homologación ágil y exigente para los médicos extracomunitarios.
 - Adecuar la ley de incompatibilidades a la especificidad del sector sanitario, flexibilizar el horario laboral, permitiendo jornadas que facilitarían la conciliación de la vida familiar y prolongar el tiempo de permanencia en el sistema de los “médicos seniors”.
 - Permitir el retraso voluntario de la edad de jubilación.
 - Plantear cambios en las responsabilidades de los profesionales de salud, como por ejemplo, la participación enfermera en la prestación farmacéutica.
 - Incrementar la autonomía de gestión para los centros.
 - Eliminar la interinidad como fórmula de gestión de recursos humanos, realizando convocatorias periódicas para garantizar la adecuada reposición.
23. La necesaria reducción de la burocratización sanitaria se asentaría sobre:
- La Historia Clínica electrónica única y compatible en todo el Sistema Nacional de Salud.
 - La Receta electrónica y receta para tratamientos crónicos.
 - La introducción de herramientas de e-Salud para aportar más eficiencia al Sistema.
24. La fidelización de los recursos humanos es la única vía razonable en un momento de escasez, lo que habría de traducirse en ofrecer mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos, promoviendo la capacidad de autogestión de los profesionales, y mejorando sus condiciones laborales. Para ello es preciso:
- Promover el retorno al ejercicio de la medicina, con programas de reciclaje, etc..

- Mejorar la remuneración, no sólo económica, de los profesionales, con incentivos en función de la calidad del trabajo individual.
 - Desarrollar la Carrera profesional en función de méritos y no sólo de antigüedad, compatible entre las Comunidades Autónomas.
25. Las medidas en relación a la formación que, según nuestra opinión, son de adopción prioritaria para el Sistema Nacional de Salud, son las siguientes:
- Diseñar una estrategia nacional cautelosa y razonable de aumento de plazas de estudiantes de medicina.
 - Aprovechar la obligada confluencia al Espacio Europeo de Educación Superior, para adecuar el contenido curricular de Medicina a la realidad de las nuevas necesidades y del aprendizaje de habilidades que requiere la práctica médica (comunicación, etc...).
 - Replantear el sistema actual de formación especializada. Mayor flexibilidad en el acceso a la especialidad (prueba ECOE, etc.) y al cambio de especialidad, mediante el desarrollo de la troncalidad y de las pasarelas que permitan el cambio de especialidad.
 - Crear de nuevas especialidades relacionadas con las necesidades reales del sistema y sustituir especialización en función de la capacitación, por especialización en función de los procesos.
 - Reglar la formación continuada y establecer procedimientos de recertificación de la actividad profesional, tal y como viene sucediendo en otros sistemas sanitarios avanzados.

MAPA DE SOLUCIONES

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS E INICIATIVAS DE FUTURO



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003 May 28; URL disponible en:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html
- 2.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE. 2003 Nov 21.
- 3.- Falta personal pero... ¿cuánto? JANO. 2007 Dec 13;(1675):11.
- 4.- Madrid necesitará entre 5.000 y 6.600 médicos los próximos 10 años. Redacción Médica 2009 June. URL disponible en:
<http://www.redaccionmedica.com/indexhtm.php?id=803#>
- 5.- Castiel Luís D, Alvarez-Dardet C. Las tecnologías de la Información y la comunicación en Salud Pública: las precariedades del exceso. Revista Española de Salud Pública. 2005; 79(3):331-7.
- 6.- Podichetty V K, Booher J, Whitfield M, Biscup R S. Assessment of internet use and effects among healthcare professionals: a cross sectional survey. Postgraduate Medical Journal. 2006; 82:274-9.
- 7.- Potts H W W, Wyatt J C. Survey of doctors' experience of patients using the Internet. J Med Internet Res. 2002; 4(1):e5.
- 8.- Silfen E Z. Zebrahunter: Searching rare medical diagnoses and retrieving relevant citations. AMIA Annu Symp Proc. 2006;1094.
- 9.- Disney H, Horn K, Hrobon P, Hjertqvist A. Impatien for change. European attitudes for healthcare reform. Londres: Stockholm Network; 2005.
- 10.- Berguer Sández A. Perspectiva medico-colegial. IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario 1997 October. (Consultado 2009 Jun); URL disponible en:
<http://www.aeds.org/congreso4/4congre-11.htm>
- 11.- Real Decreto 2015/78, de 15 de junio, por el que se regula la obtención del título de médico especialista. BOE. 1978 Jun 16.
- 12.- Real Decreto 3303/78, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria, como especialidad de la profesión médica. BOE. 1978 Dec 29.
- 13.- Baeza J. Perspectiva de la profesión médica en la Comunidad Valenciana (2008-2028). comv 2009. (Consultado 2009 Jun);
- 14.- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P, Rodríguez E. El mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación. Numerus clausus. La formación de los Profesionales de la salud. Escenarios y Factores determinantes. Bilbao: Fundación BBV ed.; 1998. p. 429-69.

- 15.- Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE. 2007 Oct 30; 260.
- 16.- Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. BOE. 1955 Jul 21.
- 17.- Real Decreto 3303/78, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria, como especialidad de la profesión médica. BOE. 1978 Dec 29.
- 18.- Real Decreto 127/84, de 11 de enero, que regula la obtención de títulos de especialidades. BOE. 984 Jan 12.
- 19.- Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC - CIMF; 1997.
- 20.- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE. 2008 Feb 21.
- 21.- Especialidades médicas españolas reconocidas en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo. CGCOM 1999. (Consultado 2009 Jun); URL disponible en:
http://www.cgcom.org/europa_al_dia/1999/10
- 22.- Directiva 93/16/CEE del Consejo de 5 de abril de 1993 destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 2006;38-81. URL disponible en:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0016:20070101:ES:PDF>
- 23.- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 2005 Sep 30;22-142. URL disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:PDF>
- 24.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE. 2003 Nov 21; URL disponible en:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l44-2003.html
- 25.- Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (Grupo de troncalidad). La troncalidad en las especialidades médicas. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (Grupo de troncalidad) 2008 June 30. URL disponible en:
http://www.semergen.es/semergen2/microsites/doc_sanitarios/troncalidad.pdf
- 26.- Ley 55/2003, de 17 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE. 2003 Dec 16.
- 27.- Martínez-García E. New legislation of working conditions. Health Policy Monitor 2004 April. URL disponible en:
<http://www.hpm.org/survey/es/b3/2>
- 28.- Directiva 93/104/EC del Parlamento Europeo de 23 de Noviembre de 1993 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 1993 Nov 23; URL disponible en: http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=es&type_doc=Directive&an_doc=1993&nu_doc=104.

- 29.- G DS. Brain Drain-The View from This Side of the Atlantic. *Science*. 1964 Feb 21; 143(3608):787.
- 30.- Hunt G H. The brain drain in medicine. *Med Ann Dist Columbia*. 1966 Aug; 35(8):-(8):441-2.
- 31.- Wright D, Flis N, Gupta M. The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960-79. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008 Nov 10; 3:24.
- 32.- Felgueroso F. La paradoja de los médicos y los vendimiadores: desajuste ocupacional y condiciones laborales en España. *Fundación de Estudios de Economía Aplicada* 2007 November 22. (Consultado 2009 Jul 6); URL disponible en:
<http://sociedadabierta.es/2007/11/22/la-paradoja-de-los-medicos-y-los-vendimiadores-desajuste-ocupacional-y-condiciones-laborales-en-espana/>
- 33.- Serour G I. Healthcare workers and the brain drain [Epub ahead of print]. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Jun 15.
- 34.- Estébanez Estébanez P. El elevado coste de la "fuga de cerebros". *Temas para el debate*. 2008 Mar;(160):23-4.
- 35.- Ruíz-Caro A. La dimensión social de la integración en América Latina y el Caribe. *SELA* 2009 August 22. (Consultado 2009 Aug 22); URL disponible en:
<http://www.sela.org/sela/dimension.asp>
- 36.- Informe de la situación de médicos especialistas en la Comunidad Valenciana: estudio sobre necesidades. *gva* 2009 August 22. (Consultado 2009 Aug 22); URL disponible en:
http://www.san.gva.es/portalanoticias/docs/doc_34603_1393.ppt
- 37.- Delgado A, Casanova M, Paredes C, Polanco I, (Comité Ejecutivo de la AEP). Nota de la AEPap sobre la situación actual de la Pediatría y la falta de pediatras, en respuesta a la nota de prensa hecha pública por la AEP el 16 de febrero de 2008. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2008 Mar; X(37):161-3.
- 38.- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Informe sobre demografía col·legial de l'any 2007. 2007. URL disponible en:
<http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/anuari2007/pdf/demografia1.pdf>.
- 39.- Rodríguez Sendín J J. Necesidades de médicos en España: a propósito de estudios, debates y posibles soluciones. *OMC* 2009. (Consultado 2009 Aug 29); URL disponible en:
http://www.cgcom.org/sites/default/files/07_11_29_sendin_demografia.pdf
- 40.- García Pérez M A. Demografía médica en España. Atentos a la realidad. En: X Congreso Nacional de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos; Toledo: 2008 Jun; CESM.
- 41.- Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008 Jul 5; 131(5):180-3.
- 42.- Matesanz R. La emigración de médicos. *JANO*. 2008 Dec 6;(1699):10.
- 43.- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Madrid: MSC; 2009.
- 44.- Matesanz R. Las necesidades de especialistas: el hilo de Ariadna. *Nefrología*. 2005; 25(6):589-90. URL disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=253>

- 45.- La Conferencia General de Política Universitaria aprueba un aumento de 60.000 plazas en las universidades presenciales. unex 2009 August 22. (Consultado 2009 Aug 22); URL disponible en: <http://www.unex.es/unex/servicios/comunicacion/archivo/2007/062007/05062007/art1>
- 46.- Redacción Médica 2008 February 15. URL disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/indexhtm.php?id=721#>
- 47.- Ferrero A. Homologación de títulos. En: Foro de la profesión Médica; Madrid: 2009 Mar;
- 48.- Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI. msc 2009.
- 49.- Zarco Rodríguez J. Necesidades de RRHH en el SNS: perspectiva de la AP. Semergen 2009 June. (Consultado 2009 Jun); URL disponible en: http://www.semergen.es/semergen2/microsites/doc_sanitarios/senado.pdf
- 50.- La Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria: situación actual y perspectivas de futuro. SEPEAP 2009. (Consultado 2009 Jun); URL disponible en: http://www.vademecum.es/noticias_detalle.cfm?id_act_not=2216.
- 51.- I Jornada del Foro de la Profesión Médica. medicosypacientes com 2009. (Consultado 2009 Aug 28); URL disponible en: http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/03/09_03_02_foro
- 52.- Health Research Institute de PricewaterhouseCoopers. HealthCast 2020 creando un futuro sostenible. Health Research Institute de PricewaterhouseCoopers 2009 August 16. (Consultado 2009 Aug 16); URL disponible en: [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/0312233488DAF548C125716B00409D7F/\\$FILE/HEALTHCAST%202020.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/0312233488DAF548C125716B00409D7F/$FILE/HEALTHCAST%202020.pdf)
- 53.- Vicente Fuentes F, Avellaneda Fernández A, Izquierdo Martínez M. Re-pensando la profesión sanitaria. En: XV Congreso Nacional de Derecho Sanitario; Madrid: 2008 Oct;
- 54.- Gimeno Ullastres J A, Tamayo Lorenzo P A. La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: Repullo Labrador J R, Oteo Ochoa L A, editores. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. 2005. p. 25-48.
- 55.- Arora N K, Ayanian J Z, Guadagnoli E. Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. Med Care. 2005 Sep; 43(9):865-72.
- 56.- Björnberg A, Cebolla Garrofé B, Lindblad S. Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2009 Report. Health Consumer Powerhouse AB 2009. URL disponible en: <http://www.healthpowerhouse.com/>
- 57.- INE. Cifras de población y Censos demográficos. INE 2008. URL disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/esp/cif/pobl08.pdf>
- 58.- EUROSTAT. EUROSTAT 2008. URL disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=REF_TB_population&depth=2
- 59.- Solla Camino J M. Contratos parciales, eventuales y precarios en el sector sanitario. Medicina General. 2002;(40):40-3.

- 60.- Puerta J L, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc)*. 2003 Feb 8; 120:-40:138-40.
- 61.- Gervas J, Starfield B, Minué S, Violán C. Seminario Innovación 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007; 39:615-8.
- 62.- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. OMS. 2006; URL disponible en:
<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>
- 63.- Falta personal pero... ¿cuánto? *JANO*. 2007 Dec 13;(1675):11.
- 64.- Ortega Zarzosa V. Función ejecutiva del médico y organización sanitaria, aplicaciones de psicoterapia y analítica grupal. *APAGNET 1999 August 15. Boletín N° 15:2020-2024*. URL disponible en:
<http://www.apagnet.net/boletin/boletin15.htm>
- 65.- Martínez-García E. Human resources: problems and solutions. *Health Policy Monitor* 2006 October. URL disponible en: <http://www.hpm.org/survey/es/b8/3>
- 66.- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. 2006; URL disponible en:
<http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
- 67.- Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007 Jan; 80(1):2-10.
- 68.- Feachem R G, Sekhri N K, White K L. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002 Jan 19; 324(7330):135-41.
- 69.- Puig-Junoy J. Are private primary care providers more efficient? *Health Policy Monitor* 2003 October. URL disponible en:
<http://www.hpm.org/survey/es/b2/2>
- 70.- Health Data File. OCDE 2008. URL disponible en:
http://www.oecd.org/document/23/0,3343,en_2649_34631_2085207_1_1_1_1,00.html
- 71.- Amaya Pombo C, García Pérez M A. Demografía médica en España. *Mirando al futuro*. Madrid: 2005.
- 72.- Informe Salud y Género 2007-2008 Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM); 2009.
- 73.- Villarroya Gaudó M, Ballester Oyarzun M A, Hernández Moyés A, Canda-Sánchez A, Gutiérrez Esteban P, Rivera Ferré M, et al. ¿Igualdad para tod@s en la carrera investigadora? En: Miqueo C, Barral M J, Magallón C, editores. *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER)*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2008. p. 113-8.
- 74.- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. msc 2009. URL disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmBusquedaMicrodatos.jsp>
- 75.- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). msp 2009.
- 76.- Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:103-7.
- 77.- Dolado J J, Felgueroso F. Diferencias de género y temporalidad: El caso de los profesionales superiores

- en el sector sanitario en España. Documento de Trabajo 2007-24. (Series: Capital Humano y Empleo. Economía de la Salud y Hábitos de Vida, Junio). Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); 2007.
- 78.- Allen I. Women doctors and their careers; what now? *BMJ*. 2005; 331:569-72.
 - 79.- Firth-Cozens J. Effects of gender on performance in medicine. *BMJ*. 2008; 336:731-2.
 - 80.- McKinstry B, Dacre J. Are there too many female medical graduates? *BMJ*. 2008; 336:748-9.
 - 81.- Bloor K, Freemantle N, Maynard A. Gender and variation in activity rates of hospital consultants. *J R Soc Med*. 2008; 101:27-33.
 - 82.- Eagly A H, Johnson B T. Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 1990; 108:233-56.
 - 83.- Harnel M B, Ingelfinger J R, Phimister E, Solomon C G. Women in academic medicine-Progress and challenges. *N Engl J Med*. 2006; 355:310-2.
 - 84.- Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133(5):184-6.
 - 85.- Informe de la situación de médicos especialistas en la Comunidad Valenciana: estudio sobre necesidades. gva 2009 August 22. (Consultado 2009 Aug 22); URL disponible en: http://www.san.gva.es/portalthnoticias/docs/doc_34603_1393.ppt
 - 86.- Hidalgo Valverde M J, Matas Aguilera V. Estudio comparativo del salario médico en España. Sindicato Médico de Granada (SIMEG) 2004. (Consultado 2009 Jul 31); URL disponible en: <http://www.aemt.com/pdfs/estudioretribucionesmedicos.pdf>
 - 87.- Solsona i Pairó M, Treviño Maruri R, Merino Tejada M, Ferrer Serret L. Demografía de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. gencat 2006. (Consultado 2009 Jul 31); URL disponible en: http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf
 - 88.- Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll M A. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Publica*. 2007 Dec; 81(6):589-96.
 - 89.- Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. Londres: the European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
 - 90.- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE. 2006 Dec 14; URL disponible en: <http://www.mtas.es/destacados/antp-ley-dependencia.pdf>
 - 91.- Costa-Font J, García-González A. Long-term Care Reform in Spain. *Eurohealth*. 2007; 13(1):20-2.
 - 92.- Casado Marín D. El nuevo Sistema Nacional de Dependencia: algunas reflexiones sobre sus aspectos económicos. *Análisis Local*. 2007; 70(1):3-13.
 - 93.- Rojas M. Reinventar el Estado del bienestar. La experiencia de Suecia. Madrid: Gota a gota ediciones; 2008.

